

国民健康保険 高額療養費 支給申請書
(年 月診療分)

		被保険者証の記号番号			
療養を受けた者の 氏名・性別・生年月日		男・女 年 月 日	男・女 年 月 日	男・女 年 月 日	
個人番号					
種別		一般・退職・()	一般・退職・()	一般・退職・()	
療養を受けた 病院等の名称 及び所在地	名称				
	所在地				
病院等で支払った金額		円	円	円	
入院・外来の別		入院 ・ 外来	入院 ・ 外来	入院 ・ 外来	
第三者行為		該当有り ・ 該当無し	該当有り ・ 該当無し	該当有り ・ 該当無し	
国保以外の他の制度 により自己負担相当 額又はその一部の支 給を受けられるか		・受けられる (制度名) (費用徴収額) ・受けられない	・受けられる (制度名) (費用徴収額) ・受けられない	・受けられる (制度名) (費用徴収額) ・受けられない	
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費を支給を3回以上受けた場合、 直近の月から記入して下さい。				支給額合計	
年 月 診療分		年 月 診療分	年 月 診療分	円	

上記の通り申請しますので、下記決定額を送金をお願いします。

金融機関	
銀行・農協 信組・信金	支店
普通・当座	口座番号
フリガナ 口座名義人	

年 月 日

世帯主 住所 〒

宇美町

氏名 印

個人番号

連絡先(TEL) - -

宇美町長殿

国保税へ充当
金 円
を国保税()に充当します。

支払通知年月日	年 月 日	保険税	・完納	担当者
支払い年月日	年 月 日		・未納	印