

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

年 月 日

( 年 月 診療分)

		被保険者証の記号番号	30 -
療養を受けた者の氏名・性別・生年月日	1. 年 月 日	2. 年 月 日	3. 年 月 日
個人番号			
種別	一般・退職・前7・前9・3歳未	一般・退職・前7・前9・3歳未	一般・退職・前7・前9・3歳未
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			
入院・外来の別及び第三者行為の有無	入院・外来 第三者行為(有・無)	入院・外来 第三者行為(有・無)	入院・外来 第三者行為(有・無)
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 )	・受けられる (制度名 ) (費用徴収額 )	・受けられる (制度名 ) (費用徴収額 )
	・受けられない	・受けられない	・受けられない
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を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

上記のとおり申請しますので、下記決定額を送金お願いします。

年 月 日

金融機関 ※世帯主名義の口座をご記入ください。	世帯主 円 -
<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 普・当 No. フリガナ 口座名義人	住所 久山町大字 久原山田猪野 番地 氏名 個人番号

※追記事項

項目2

項目3

項目4

項目5

非課 一般 上位

一般 ( 前期 ) 退職

久山町長 殿

国保税への充当
金 円
を国保税( )に充当いたします。

受付印

支払通知年月日	年 月 日	保険税	・完納	担当者印
支払年月日	年 月 日		・未納	