

国民健康保険高額療養費支給申請書

桂川町長 井上 利一 殿

番号

申請年月日 年 月 日

申請者(世帯主)

- ・ 個人番号
- ・ 住所

- ・ 氏名
- ・ 電話
- ・ 被保険者証記号 75
- ・ 被保険者証番号

印

平成・令和 年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号	75		75		75		75		
(2) 被保険者の個人番号									
(3) 氏名									
(4) 生年月日									
(5) 一般・退職の区分									
(6) 世帯主(組合員)との続柄									
(7) 傷病名	レセプト記載の通り		レセプト記載の通り		レセプト記載の通り		レセプト記載の通り		
(8) 発症又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上災害(通勤災害等) 3: その他(自損・疾病等)		1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上災害(通勤災害等) 3: その他(自損・疾病等)		1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上災害(通勤災害等) 3: その他(自損・疾病等)		1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上災害(通勤災害等) 3: その他(自損・疾病等)		
(9) 病院等の名称及び所在地	名称								
	所在地								
(10) 医療費・療養費等の区分									
(11) 入院・外来の区分									
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	
(13) 病院等で支払った金額	円		円		円		円		
(14) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月					(15)課税区分 (世帯全体)		(16)課税区分 (70歳以上)		

国保世帯支給額	円
既支給決定額	円

支給決定額	円	—	調整額等(合計)	円	=	世帯差引支給額	円
-------	---	---	----------	---	---	---------	---

支払方法							
窓口払い				口座払い			
支払場所	保険環境課 医療介護保険係			金融機関			
	支払期間				振込先	口座種目	口座番号
			口座名義人(カナ)				
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)							
上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名							
印							