

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号

桂川町長 井上 利一 殿

申請年月日 令和 年 月 日

内容をご確認の上、□欄に✓をご記入ください。

医療機関の無料低額診療事業を受けておりません。

高額療養費の支給後に返還額が生じた場合は、桂川町へ返還いたします。

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 00

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)			
(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			
(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				
<input type="checkbox"/> 窓口払い		<input type="checkbox"/> 口座払い		
支払場所	振込先	金融機関		
		口座種目		口座番号
支払期間		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				

