

国民健康保険高額療養費支給申請書

※欄は記入の必要ありません。

被保険者証記号番号		羽											受診(診療)年月					
No.	療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日・個人番号・世帯主との続柄										療養を受けた病院・診療所・薬局 等の 所在地及び名称				療養を受けた傷病名		国 保 区 分	第 三 者 行 為 該 当
															療養を受けた期間			
															上記の期間に受けた療養に対し支払った額			
1											(所在地)				別紙診療報酬明細書に 記載のとおり		一 般 ・ 退 本 ・ 退 扶	有 ・ 無
	年 月 日		続柄		(名称)				月 日から 日間 月 日 日 日 日 日 日 日									
	個人番号										入院・入院外(医・歯・調・他)				円			
2	氏名										(所在地)				別紙診療報酬明細書に 記載のとおり		一 般 ・ 退 本 ・ 退 扶	有 ・ 無
	年 月 日		続柄		(名称)				月 日から 日間 月 日 日 日 日 日 日 日									
	個人番号										入院・入院外(医・歯・調・他)				円			
3	氏名										(所在地)				別紙診療報酬明細書に 記載のとおり		一 般 ・ 退 本 ・ 退 扶	有 ・ 無
	年 月 日		続柄		(名称)				月 日から 日間 月 日 日 日 日 日 日 日									
	個人番号										入院・入院外(医・歯・調・他)				円			
合 計														円				

受 取 を 委 任 す る と き	上記金額の受領を																
	住所										電話番号				世帯主氏名		
	氏名										続柄				に委任します。		

振込 口座	銀行 信用金庫 農協・漁協										本・支店		1. 普通 2. 当座		口座番号		口座名義人(カナ)	
											本・支所		※債権登録番号					

上記のとおり申請します。										住 所							
年 月 日										申請者 (世帯主)							
										氏 名							
										電話番号							
羽 幌 町 長 様										個人番号							

※市町村記入欄	支給申請額				高額療養費(世帯合算)対象額				被保険者(世帯)負担額				支払確定額				受付日付印	
	円				円				円				円					
	高 額 区 分												受付担当		福祉課担当			
	1 合算				2 単独				3 他法併用									
	①多数該当		②その他		①多数該当		②長期		③入院分		④その他		① 他法併用					
	70未満		前期高齢者		備考													
アイウエオ		現役・一般 低Ⅱ・低Ⅰ																