

国民健康保険高額療養費支給申請書

時津町長 様

年 月 日提出

申請者(世帯主)

個人番号
住所 時津町 郷 番地
(方書)
氏名
電話
被保険者記号 時津
被保険者番号

		年		月	診療分を下記のとおり請求します。 ※太枠の中を記入してください。																																				
(1)被保険者の記号・番号		時津・										時津・										時津・										時津・									
(2)被保険者の個人番号																																									
(3)氏名																																									
(4)生年月日		年 月 日										年 月 日										年 月 日										年 月 日									
(5)一般・退職の区分		一般・退職										一般・退職										一般・退職										一般・退職									
(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:業務上の災害 3:その他(自損事故・疾病等)										1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害 3:その他(自損事故・疾病等)										1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害 3:その他(自損事故・疾病等)										1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害 3:その他(自損事故・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		入院・外来										入院・外来										入院・外来										入院・外来									
(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									
(13)病院等で支払った金額		円										円										円										円									
(14)今回申請診療年月日以前1 年間に高額療養の支給を 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)					アイ ウ エ オ					(16)課税区分 (70歳以上)					現役並Ⅲ 現役並Ⅱ 現役並Ⅰ 一般 低Ⅱ 低Ⅰ				

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
-------	---	---	----------	---	---	---------	---

支払日									
窓口払い					***				
支払場所					振込先	金融機関			
支払期間					口座種目			口座番号	
						口座名義人 (カナ)			