

国民健康保険高額療養費支給申請書

時津町長 吉田 義徳 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

被保険者証記号 時津

被保険者証番号

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・	
(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	
(5)一般・退職の区分		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	
(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)	
(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	
(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	
(13)病院等で支払った金額		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)		(16)課税区分 (70歳以上)	
				ア イ ウ エ オ		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				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)		