

国民健康保険高額療養費支給申請書

阿賀町長 神田 一秋 様

平成 年 月 日

申請者(世帯主)

・個人番号

・住所

・氏名 ㊟

・電話

平成 年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者証番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日	昭・平 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(通勤災害等) 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(通勤災害等) 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(通勤災害等) 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(通勤災害等) 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・入院外の区分				
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間	日間	日間	日間	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	1 : 平成 年 月 診療分 2 : 平成 年 月 診療分 3 : 平成 年 月 診療分		(15) 課税区分(世帯全体)	(16) 課税区分(70歳以上)

【70歳以上高額療養費】		【国保世帯全体】	
高齢者外来	高齢者世帯合算		
外来自己負担限度額 円	自己負担限度額 円	世帯自己負担限度額	円
高齢外来支給額 円	高齢世帯支給額 円	世帯支給額	円
※限度額は制度上の限度額を表示しています。 特例該当有無 有 ・ 無			

既支給決定額 円	差引支給額 円	最終支給額 円
----------	---------	---------

振込先	金融機関名	支店等名	委任状	受任者住所
	口座種目	口座番号		受任者氏名 ㊟
	フリガナ			上記差引支給額の受領を上記の者に委任します。
	口座名義人			委任者氏名(申請者) 平成 年 月 日 ㊟
医療機関等への一部負担金の支払い		支払済 ・ 未払い (どちらかに○を記入)	第三者行為(交通事故等)の有無 有 ・ 無 (どちらかに○を記入)	