

国民健康保険高額療養費支給申請書 ( 年 月診療分)

(あて先) 相生市長

年 月 日

申請者 (世帯主)	住所	相生市		(電話 - )
	氏名		被保険者証 記号・番号	

療養を受けた 被保険者氏名 及び生年月日	年 月 日	療養を受けた 被保険者氏名 及び生年月日	年 月 日
個人番号		個人番号	
区 分	一般・退職者本人・退職者扶養	区 分	一般・退職者本人・退職者扶養

下記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

傷病名	別途診療報酬明細書のとおり	傷病名	別途診療報酬明細書のとおり
病院・診療所 等の名称 及び所在地	名称 所在地	病院・診療所 等の名称 及び所在地	名称 所在地
療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	療養期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
支払った額		支払った額	
公費医療の 自己負担額		公費医療の 自己負担額	
高額療養費の 算定	一部負担金等 ( ) 自己負担限度額 ( ) 支給額 ( )	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ
多数回該当 の状況(月目)	(減額証) 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12 (償還) 1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12		
振込先金融機関	銀行 信用金庫 農業協同組合	本店 支店 支所	フリガナ 口座名義 口座番号 普通 当座

減額認定証発行の有無	有・無	年 月 日
非自発的失業適用の有無	有・無	年 月 日
交通事故等による第三者行為	有・無	
同時申請	福祉・食事・減額申請	