

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

被保険者証の記号・番号	05-									
一般・退職の別	一般 退職					一般 退職				
療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	個人番号					個人番号				
	氏名					氏名				
	生年月日	年 月 日				生年月日	年 月 日			
受診した医療機関の名称・所在	名称					名称				
	診療科	科				診療科	科			
	所在					所在				
発病又は負傷の理由	1: 私傷病 (疾病・自損事故等)					2: 第三者行為 (交通事故等)				
療養期間	自	年 月 日				自	年 月 日			
	至	同年同月 日				至	同年同月 日			
医療機関での支払額 (保険診療)	円					円				

(高額療養費の支払は、以下の金融機関に振り込んでください)

金融機関・支店等	種別	口座番号	口座名義人
銀行 信金 農協	本店 支店 支所 代理店 出張所	(左詰め)	カナ
	普通 当座		

上記のとおり申請します。

年 月 日

大田市長 様

(申請者 大田市国民健康保険の世帯主)

住 所

個人番号

氏 名 (印)

電話番号

【大田市処理欄】何も記入しないでください。

費用額	公費負担額	一部負担金	薬剤一部	控除額	高額療養費支給額
円	円	円	円	円	円
来庁者		来庁者本人確認の方法		支払処理	
区分	世帯主本人・同一世帯員 左記以外(代理権確認)	個人番号カード 免許証 旅券	決定	年 月 日	
住所		身障手帳 療育手帳 精神手帳	支払	年 月 日	
氏名	年 月 日生	健康保険証 介護保険証 年金証書	金額	円	
世帯主との関係:		その他 (以下に確認書類を記入)	方法	口座 現金 充当	
代理権確認	委任状 本人固有の公的書類 (個人番号カード、健康保険証等)		保険料等納付状況	処理	
	登記事項証明書 (その他の場合)		<input type="checkbox"/> 未納なし		
	その他		<input type="checkbox"/> 未納あり		
					受付者