

国民健康保険高額療養費支給申請書

伊佐市長 様

申請者 (世帯主)

個人番号
住 所
氏 名
電 話

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1)被保険者の記号・番号				
(2)療養を受けた被保険者	個人番号			
	氏 名			
(3)療養を受けた被保険者の生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
(4)一般・退職の区分	一般 退職	一般 退職	一般 退職	一般 退職
(5)世帯主(組合員)との続柄				
(6)傷病名				
(7)療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
(8)診療科目、入院・外来の別				
(9)(7)の病院等で療養を受けた期間	日間	日間	日間	日間
(10)(9)の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円	円	円
(11)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		(12)課税区分 (世帯全体)		(13)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		70歳未満一部負担金相当額	
外来一部負担金		入院一部負担金		高齢者世帯計算後負担額	
外来自己負担限度額		自己負担限度額		世帯自己負担限度額	
外来高額療養費		高齢者世帯高額療養費		世帯高額療養費	
外来現物給付		入院現物給付		入院現物給付(70歳未満)	
他法調整額		他法調整額		他法調整額	
高齢者外来支給額		高齢者世帯支給額		貸付額	
特例該当有無					世帯支給額

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

第三者行為の有無	有 ・ 無
----------	-------

支払方法						
窓口払い			口座払い			
支払場所		振込先	金融機関		支店等	
支払期間			口座種目		口座番号	
			口座名義人			

1点確認	個人番号カード・免許証・パスポート・その他 ()	確認者	㊟
2点確認	健康保険証・年金手帳・年金証書・その他 ()		