

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	記号		番号			
療養を受けた被保険者氏名						
個人番号						
一般・退職	一般・退本・退扶	一般・退本・退扶	一般・退本・退扶	一般・退本・退扶		
負担割合						
第三者の加害行為等	有・無	有・無	有・無	有・無		
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
療養を受けた病院診療所等の名称						
当月中に療養を受けた期間	自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日	自 年 月 日 至 年 月 日		
診療実日数	日間	日間	日間	日間		
入院外来等の区分	入院・外来・歯科 調剤・その他	入院・外来・歯科 調剤・その他	入院・外来・歯科 調剤・その他	入院・外来・歯科 調剤・その他		
病院等へ支払った金額	(保険診療に係る分) 円	(保険診療に係る分) 円	(保険診療に係る分) 円	(保険診療に係る分) 円		
上記のとおり申請します。			(TEL — — )			
年 月 日		住所 _____				
向日市長 宛		( _____ 様方)				
		世帯主氏名 _____				
		個人番号 _____				
支払い方法等	1 窓口払		2 口座振込	3 委任払		
受取金融機関の名称	(世帯主名義の口座)		口座種別 (普通・当座・その他)			
_____	_____		口座名義 (カタカナで記入)			
_____	_____		口座番号 _____			
※世帯主以外の方の口座に振込みをされる場合 本申請に基づく高額療養費の受領に関する権限を代理人に委任します。						
		年 月 日				
		世帯主氏名 _____				
		代理人住所 _____				
		氏名 _____				
国保世帯	上位所得・一般・住民税非課税 区分ア・区分イ・区分ウ・区分エ・区分オ		多数・合算	一部負担金合計額 円		
高齢者	一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ 現役並みⅢ・現役並みⅡ・現役並みⅠ		多数・合算			
費用額	保険者負担額	国保優先公費	他法優先公費	一部負担金	負担限度額	支給額
円	円	円	円	円	円	円

受付者 \_\_\_\_\_