

国民健康保険高額療養費支給申請(請求)書

平成 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 生年月日	氏名	世帯主 との 続柄
個人番号			昭・平 年 月 日	
第三者行為	有・無			

療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地	名称	療養を受けた期間	平成 年 月 日から
	他 件		同 月 日まで
	所在地		日間

医療費 決定額	円	備考	非課税(低・低)・一般・上位 4回・合算
------------	---	----	-------------------------

一部負担金	円	病院に 支払った額	円	高額療養費 算定額	円
-------	---	--------------	---	--------------	---

自己負担 限度額	円	高額療養費 支給決定額	円
-------------	---	----------------	---

振込先 金融機関	銀行 信金 農協 信組	支店 支所 出張所	口座番号
-------------	----------------------	-----------------	------

預金種別	1 普通(総合) 2 当座	口座名義人(世帯主)	(フリガナ)
------	------------------	------------	--------

上記のとおり申請(請求)いたします。

平成 年 月 日

住所 有田町

世帯主

氏名

個人番号()

電話番号

⑩

有田町長 様

注)

1. 暦月ごと、被保険者ごとに作成してください。
2. 黒枠内と住所、氏名、電話番号を必ず記入してください。
3. 振込先の金融機関・名義人は世帯主名義のものを記入してください。
4. 尚、領収書がない場合は、療養取扱い機関の証明書を添付してください。
5. 入院、通院、歯科ごとに計算します。ただし院外処方せんによる調剤分は、処方せんを出した医療機関に合計します。
- 70才以上の前期高齢者の被保険者は、領収書は必要ありません。
6. 第三者行為とは自動車事故・殴打刺傷などの第三者よってのケガや病気をした場合です。