

国民健康保険高額療養費支給申請書

※欄は記入の必要ありません。

被保険者記号番号		羽								受診(診療)年月										
No.	療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日・個人番号・世帯主との続柄								療養を受けた病院・診療所・薬局 等の 所在地及び名称				療養を受けた傷病名	第三者行為 該当						
													療養を受けた期間							
													上記の期間に受けた療養に対し支払った額							
1					年 月 日				(所在地)				別紙診療報酬明細書に 記載のとおり				有 ・ 無			
																		続柄		
	個人番号								入院・入院外(医・歯・調・他)				円							
2	氏名				年 月 日				(所在地)				別紙診療報酬明細書に 記載のとおり				有 ・ 無			
																		続柄		
	個人番号								入院・入院外(医・歯・調・他)				円							
3	氏名				年 月 日				(所在地)				別紙診療報酬明細書に 記載のとおり				有 ・ 無			
																		続柄		
	個人番号								入院・入院外(医・歯・調・他)				円							
合 計														円						
受 取 を 委 任 す る と き	上記金額の受領を																			
	住所 電話番号 世帯主氏名 氏名 続柄 〔 〕に委任します。 印																			
振込 口座	銀行 信用金庫 農協・漁協				本・支店 本・支所				1. 普通 2. 当座		口座番号				口座名義人(カナ)					
									※債権登録番号											
上記のとおり申請します。														住 所						
年 月 日														申請者 (世帯主)						
														氏 名						
														電話番号						
羽 幌 町 長 様														個人番号						
※市町村記入欄	支給申請額				高額療養費(世帯合算)対象額				被保険者(世帯)負担額				支払確定額				受付日付印			
	円				円				円				円							
	高 額 区 分												受付担当				福祉課担当			
	1 合算				2 単独				3 他法併用											
	①多数該当		②その他		①多数該当		②長期		③入院分		④その他		① 他法併用							
	70未満		前期高齢者		備考															
アイウエオ		現役・一般 低Ⅱ・低Ⅰ																		