

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証 記号番号		診療月		計算月		区分	
高齢課税		世帯課税		支給区分		自己負担限度額	

国民健康保険で診療を受けた人		診療を受けた病院等					
1	氏名	病院名等					
	生年月日						
	負担割合	外来	通院日数		支払金額		領収額
	個人番号	入院	入院日数		支払金額		領収額
2	氏名	病院名等					
	生年月日						
	負担割合	外来	通院日数		支払金額		領収額
	個人番号	入院	入院日数		支払金額		領収額
3	氏名	病院名等					
	生年月日						
	負担割合	外来	通院日数		支払金額		領収額
	個人番号	入院	入院日数		支払金額		領収額
4	氏名	病院名等					
	生年月日						
	負担割合	外来	通院日数		支払金額		領収額
	個人番号	入院	入院日数		支払金額		領収額
5	氏名	病院名等					
	生年月日						
	負担割合	外来	通院日数		支払金額		領収額
	個人番号	入院	入院日数		支払金額		領収額
6	氏名	病院名等					
	生年月日						
	負担割合	外来	通院日数		支払金額		領収額
	個人番号	入院	入院日数		支払金額		領収額

上記のとおり、国民健康保険高額療養費の給付を申請します。

年 月 日  
大口町長 様

一部負担合計額	
高額療養費	
支給額	
第三者行為の有無	( 有 ・ 無 )

世帯主 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 振込先  
 金融機関名 \_\_\_\_\_ 支店名 \_\_\_\_\_  
 口座名義人(カナ) \_\_\_\_\_  
 口座名義人 \_\_\_\_\_ 種別 \_\_\_\_\_ 口座番号 \_\_\_\_\_  
 届出人 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_