

国民健康保険高額療養費支給申請書兼請求書

水巻町長 美浦 喜明 殿

令和 年 月 日

- ・ 申請者(世帯主) 個人番号 _____
- ・ 住所 _____
- ・ 氏名 _____ 印
- ・ 電話 _____

令和 年 月 診療分を下記の通り申請します。

被保険者の記号・番号				
被保険者の個人番号				
氏名				
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
世帯主(組合員)との続柄				
病院等の名称	①	④	⑦	⑩
病院等で支払った金額	入院 外来 調剤	入院 外来 調剤	入院 外来 調剤	入院 外来 調剤
病院等の名称	②	⑤	⑧	⑪
病院等で支払った金額	入院 外来 調剤	入院 外来 調剤	入院 外来 調剤	入院 外来 調剤
病院等の名称	③	⑥	⑨	⑫
病院等で支払った金額	入院 外来 調剤	入院 外来 調剤	入院 外来 調剤	入院 外来 調剤
第三者行為の有無 (交通事故)	有 ・ 無			

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	<input type="checkbox"/> 4回以上 <input type="checkbox"/> 3回まで	課税区分 (世帯全体)	<input type="checkbox"/> (ア) 901万円超 <input type="checkbox"/> (イ) 600万円超～901万円以下 <input type="checkbox"/> (ウ) 210万円超～600万円以下 <input type="checkbox"/> (エ) 210万円以下 <input type="checkbox"/> (オ) 非課税	課税区分 (70歳以上)	<input type="checkbox"/> 上位(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ) <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ
---	---	----------------	---	-----------------	---

窓口負担額	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	銀行名	
		支店名	
	口座種目	普通 ・ 当座	口座番号
	口座名義人 (カナ)		