

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号 ○○○○○○○○○

甲佐町長 甲 斐 高 士 様

				申請日		令和				年		月		日	
令和○年○月 診療分を下記のとおり申請します。						電話		()							
申請者 (世帯主)		○○○ ○○○													
〒	○○○-○○○	住所	熊本県上益城郡甲佐町○○○												
被保険者証記号・番号			0 0 0 0 * * * *			個人番号									

振込先	金融機関名	銀行 ・ 農協 ・ 信金 ・ 労金									
	支店名	支店 ・ 支所									
	口座種目	普通 ・ 当座		口座番号							
	口座名義人 カナ										

※申請の際は、振込先口座情報が確認できるよう通帳やカードをご用意ください。毎回確認いたしますのでご協力よろしくおねがいします。

委任欄	※世帯主と口座名義人が異なる場合に記入してください。										
	下記の者を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。										
	代理人氏名					令和		年		月 日	
	住所 甲佐町大字										
氏名 (世帯主)					印						

7 0 歳以上高額療養費				国保世帯全体	
高齢者外来		高齢者世帯合算		7 0 歳未満一部負担金相当額	0円
外来一部負担金	18,916円	高齢世帯一部負担金	0円	高齢者世帯計算後負担額	8,000円
外来自己負担限度額	8,000円	自己負担限度額	24,600円	世帯自己負担限度額	35,400円
外来高額療養費	10,916円	高齢者世帯高額療養費	0円	世帯高額療養費	0円
外来現物給付	916円	入院現物給付	0円	現物給付 (7 0 歳未満)	0円
高齢者外来支給額	10,000円	高齢者世帯支給額	0円	世帯支給額	0円

課税区分 (70歳以上)	課税区分 (世帯全体)	多数回	特例対象	長期調整額	調整額	既支給決定額	支給予定額
低所得者Ⅱ		非該当	無	0円	0円	0円	10,000円

以下の診療等に、交通事故等の第三者行為に該当するものがありますか。 (はい ・ いいえ)

令和6年7月 診療分

[illegible]