

国民健康保険高額療養費支給申請書(令和 年 月診療分)

行政区()

被保険者証記号・番号	甲佐										住民税課税状況	
被保険者の個人番号												
療養を受けた被保険者の氏名												
傷病名	レセプト照合										レセプト照合	
療養を受けた病院等の名称												
名称及び所在地	所在地											
入院・入院外の別	入院・入院外										入院・入院外	
療養期間	令和 年 月 日から					令和 年 月 日から						
	同月 日まで 日間					同月 日まで 日間						
上記の療養に対して病院等に支払った額①											円	円
第三者行為によるものか	はい・いいえ										はい・いいえ	
公費負担医療に係る費用徴収の額又は自己負担額の一部の支給を受けているかどうか	制度名										制度名	
	費用徴収額										円	円
以前12ヶ月において高額療養費の支給を既に3回以上受けているときは、その療養を受けた年月と回数	令和 年 月診療分					令和 年 月診療分						
	計 回					計 回						
自己負担額②												
支給決定額	合算										①	②
	多数該当											=
	その他											円

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日
 世帯主 住所 甲佐町大字 番地
 氏名
 個人番号
 電話番号
 甲佐町長様

支払区分	1 口座振込		2 窓口支払	
振込先	金融機関名	銀行 支店		上益城農協 支所
	預金種別	普通当座	口座番号	
	口座名義人(世帯主)			

受付印	
-----	--