

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

被保険者 記号・番号		区 分	1 一般	2 退職者本人	3 退職被扶養者
被保険者の個人番号					
療養を受けた 被保険者の氏名					
生 年 月 日		年 月 日		年 月 日	
療養を受けた病院 ・薬局等の名称及 び所在地	名 称				
	所在地				
療養を受けた期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		年 月 日 から 年 月 日 まで	
病院等で支払った金額		円		円	
発症または負傷の理由		1. 第三者行為 2. 業務上の事故 3. その他		1. 第三者行為 2. 業務上の事故 3. その他	
自己限度額の特例の有無		1. 有 (市県民税非課税世帯)		2. 無 (市県民税課税世帯)	
多数該当の有無		1. 有		2. 無	
支払方法	1. 口座振込 <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(口座情報の記入は不要です。) <small>公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。 通帳等の写しの提出が不要になります。</small> <input type="checkbox"/> 振込口座を指定します。(口座情報を記入してください。)				
	金融機関名	支店名	種別・口座番号	フリガナ 名義人(世帯主)	
		本店	普通・当座		
	銀行 信用金庫 農協	支店	No.		
2. 窓口払					
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">世帯主 住 所</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日 氏 名</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">総 社 市 長 様 電 話 () -</div>					

保険者記入用	支給決定額	円
--------	-------	---