

国民健康保険高額療養費支給申請書

太枠内を記入してください。

被保険者証 記号番号	幡	15	-							診療年月	平成 令和	年	月
---------------	---	----	---	--	--	--	--	--	--	------	----------	---	---

下記のとおり、申請します。

住所

令和 年 月 日 世帯主 氏名

生年月日 昭和
平成
令和 年 月 日

八幡市長様

電話 ー ー

個人番号

療養を受けた被保険者

氏名								
生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	
個人番号								
	一般・退職	入院・外来	一般・退職	入院・外来	一般・退職	入院・外来	一般・退職	入院・外来

第三者行為(交通事故等)による傷病の有無

有 ・ 無

受領方法	① 口座振込 前回の申請と同様の場合はチェックを入れてください。その場合、口座名義人のみお書きください。→ <input type="checkbox"/>								
	金融機関 支店名	銀行 信用金庫 協同組合				本店 支店	口座 名義人	フリガナ	
	預金種別 口座番号	普通・当座							
② 窓口(会計課)受領									

診療を受けた病院の名称	
療養期間	平・令 年 月 日 から 同 月 日まで(日間)
診療を受けた病院の名称	
療養期間	平・令 年 月 日 から 同 月 日まで(日間)

決 済 処 理	1 支 給 す る	支給金額	法定点数	点
		支給決定		平・令 年 月 日
2 支 給 し な い	(支給しない理由)	本人支払額	円	
		他法優先	円	
		他法 国保	円	
		被保険者 負担分	円	

市町村民税課税状況等		
	70歳以上	70歳未満
高課税	現Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅲ	ア・イ
課税	一般	ウ・エ
非課税	低Ⅰ・低Ⅱ	オ
負担割合	割	
担当者		

領収書全て 領収書不足あり 福祉医療(有・無) → 有の場合...申請(有・無) 個人番号確認