

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。

記号番号	幡	15	-							診療年月	令和	年	月
------	---	----	---	--	--	--	--	--	--	------	----	---	---

下記のとおり申請します。

上記診療年月の医療費について、医療機関等へ一部負担金を支払ったことに相違ありません。

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 - -

個人番号
(マイナンバー)

療養を受けた被保険者

氏名	①	②	③	④
生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			
個人番号				
	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来

第三者行為(交通事故等)による傷病の有無

有 ・ 無

福祉医療制度受給の有無

有 ・ 無

柔道整復・あんま・はりきゅう受診の有無(保険適用)

有(施術所名) ・ 無

金融機関情報

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、口座名義人のお書きください。→

金融機関
支店名

銀行
信用金庫
協同組合

本店
支店

リガナ

預金種別
口座番号

普通・当座

口座
名義人

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	円	法定点数	点
		支給決定		平・令 年 月 日	費用額
2 支 給 し な い	(支給しない理由)	自己負担限度額	円		
		本人支払額	円		
		他法優先	円		
		他法 国保	円		
		被保険者負担分	円		

市町村住民税課税状況等		
	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		

福祉医療(有・無) → 有の場合...申請(有・無)

〒 多数() □ 個人番号確認