

# 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

(診療年月時点)

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人目	2人目	3人目	4人目
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(医療機関名: )・無		
福祉医療制度受給の有無		有( 老人医療 ・ 障がい )・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

前回と同じ口座の場合はチェックを入れ、口座名義人のみ記入してください。

金融機関支店名	銀行 信用金庫 協同組合	本店 支店	口座名義人	前回と同じ場合でもご記入ください
預金種別 口座番号	普通・当座		フリガナ	

\* \* \* \* \* 市 使 用 欄 \* \* \* \* \*

計算欄	
費用額	円
本人支払額	円
自己負担限度額	円 <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 半
前回支給額	円
支給金額	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	
福祉医療(41・43・無) → 申請(有・無・不要)		
多数( )・無	個人番号	確認・書類不備
〒	受付	
備考		

入力:  計算:  未処理:  最終C/K: