

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号

阿賀野市長 様

申請者（世帯主）

・個人番号

・住所

年 月 日

・氏名

・電話

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 生年月日				
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主（組合員）との続柄				
(7) 傷病名				
(8) 発症又は負傷の理由				
(9) 病院等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
(10) 医療費・療養費等の区分				
(11) 入院・入院外の区分				
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間				
(13) 病院等で支払った金額		円		
(14) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月			(15) 課税区分 (世帯全体)	(16) 課税区分 (70歳以上)

70歳以上高額療養費				国保世帯全体	
高齢者外来		高齢者世帯合算		70歳未満一部負担金相当額	円
外来一部負担金	円	高齢者世帯一部負担金	円	高齢世帯計算後負担額	円
外来自己負担限度額	円	自己負担限度額	円	世帯自己負担限度額	円
外来高額療養費	円	高齢者世帯高額療養費	円	世帯高額療養費	円
外来現物給付	円	入院現物給付	円	現物給付（70歳未満）	円
高齢外来支給額	円	高齢世帯支給額	円	世帯支給額	円
				国保世帯支給額	円

※限度額は制度上の限度額を表示しています。

特例該当有無 無

既支給決定額	円	世帯差引支給額	円	世帯最終支給額	円
--------	---	---------	---	---------	---

振込の 預金 口座 フリガナ 口座名義人	振込先 金融機関名	本店 支店名	委任状	受任者住所
	口座種目	口座番号		受任者氏名
	フリガナ			委任者氏名 (申請者)
	口座名義人			支給金額の受領を上記の者に委任します。 年 月 日
第三者行為（交通事故等）の有無		有 ・ 無 （どちらかに○を記入）		