

# 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		—		世帯区分	一般・退職者・混合		
療養を受けた被保険者の氏名及び退職者等の区分	氏名						
	生年月日	S・H 年 月 日	S・H 年 月 日	S・H 年 月 日	S・H 年 月 日		
	区分	一般・退職本人・被扶養	一般・退職本人・被扶養	一般・退職本人・被扶養			
療養を受けた病院等の名称及び所在地	名称						
	所在地						
療養期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
上記の期間に受けた療養に対し病院などへ支払った額(窓口負担額)		円		円			
他の制度による自己負担額相当額又はその一部の支給が受けられるかどうか等の状況		受けられる (制度名 ) (費用徴収一有(現物・償還)・無) 受けられない	受けられる (制度名 ) (費用徴収一有(現物・償還)・無) 受けられない	受けられる (制度名 ) (費用徴収一有(現物・償還)・無) 受けられない			
算 定 区 分			多数該当	限度額	支給決定額		
課 税  非課税	課税区分	単 独 世帯合算 多数該当 長期疾病	1	月	円	円	
			2	月			
			3	月			
振 込 先	金融機関名		支店名		口座種別	口座番号	口座名義(カナ)
	銀 行 信用金庫 農 協		支店  支所		普 通  当 座		
第三者行為の該当 有 ・ 無 ※交通事故等、第三者の行為による負傷が原因で治療を受けた場合は第三者行為の被害届等の届出が必要となります。							
上記のとおり申請します。なお、同月 世帯内に地方単独事業により、一部負担金一部又は公費で現物給付されている者がおり、当該公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合には、その受領方を公費負担者へ委任します。 年 月 日 〒 - 住 所 石川県鳳珠郡穴水町字 世帯主氏名 _____ 印 (電話番号 _____ ) 穴水町長 様							
申請者 氏 名	印		申請者 住 所	連絡先( _____ )			