

国民健康保険高額療養費支給申請書

(診療分)

被保険者記号番号			
療養を受けた被保険者の氏名			
生 年 月 日			
個 人 番 号			
世帯主との続柄			
一般・退職被保険者等の別			
療養を受けた病院			
療養を受けた期間		年 月 日 ～ 日まで 日間	年 月 日 ～ 日まで 日間
入院外来の別			
診 療 科			
第三者行為の有無		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あり
病院で支払った一部負担金額		円	円
総医療費金額		円	負担限度額区分
医療加算額		(A) 円	課 税 状 況
一部負担金額		(B) 円	
自己負担限度額		(C) 円	
現物支給額		(D) 円	
公費負担額		(E) 円	(G)=(B)-(A)-(C)-(D)-(E)-(F)
支給済額		(F) 円	高額療養費支給額 円
振込指定金融機関	金融機関	銀行・農協 信用金庫	
	預金種別	普通・当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人		
<p>上記のとおり高額療養費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 世帯主 住所</p> <p style="text-align: right;">フリガナ 氏名 ⑩ 個人番号</p> <p style="text-align: right;">滝沢市長 様 (電話番号)</p>			
受領委任	<p>上記高額療養費の受領の権限を _____ に委任します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主氏名 ⑩</p>		