

国民健康保険高額療養費支給申請書

平成 年 月 日

上士幌町長 竹中 貢 様

申請者 (世帯主)

住所

氏名

印

平成 年 月 診療分を下記のとおり申請します。

電話

(1)	被保険者の記号・番号				
(2)	療養を受けた被保険者の氏名				
(3)	療養を受けた被保険者の生年月日				
(4)	一般・退職の区分				
(5)	世帯主との続柄				
(6)	傷病名				
(7)	療養を受けた病院・診療所・薬局等	名称			
		所在地			
(8)	診療科目、入院・外来の別				
(9)	(7)の病院等で療養を受けた期間				
(10)	(9)の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額				
(11)	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			(12)課税区分(世帯全体)	(13)課税区分(70歳以上)

備考：第三者行為の有無 無・有 (交通事故等)

70歳以上高額療養費			
高齢者外来		高齢者世帯合算	
外来一部負担金		高齢世帯一部負担金	
外来自己負担限度額		自己負担限度額	
外来高額療養費		高齢者世帯高額療養費	
外来現物給付		入院現物給付	
他法調整額		他法調整額	
高齢者外来支給額		高齢者世帯支給額	

国保世帯全体	
70歳未満一部負担金相当額	
高齢者世帯計算後負担額	
世帯自己負担限度額	
世帯高額療養費	
現物給付(70歳未満)	
他法調整額	
貸付額	
世帯支給額	

・特例該当有無 有・無

既支給決定額		差引支給額	
--------	--	-------	--

世帯最終支給額	
---------	--

支払方法					
窓口払		口座払			
支払場所		振込先	金融機関		
支払日			口座種目	口座番号	
			口座名義人		