

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号

佐井村長 樋口 秀視

申請者（世帯主）  
・ 個人番号  
・ 住所

・ 氏名  
・ 電話  
・ 被保険者証記号  
・ 被保険者証番号

印

令和 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                                    |     | 1：第三者行為（交通事故等）<br>2：業務上の災害（通勤災害等）<br>3：その他（自損事故・疾病等） |  |                     |                      |
| (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・外来の区分                                    |     |                                                      |  |                     |                      |
| (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                                  |     |                                                      |  |                     |                      |
| (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<br>(世帯全体) | (16) 課税区分<br>(70歳以上) |

|         |   |
|---------|---|
| 国保世帯支給額 | 円 |
| 既支給決定額  | 円 |

|       |   |   |          |   |   |         |   |
|-------|---|---|----------|---|---|---------|---|
| 支給決定額 | 円 | — | 調整額等（合計） | 円 | = | 世帯差引支給額 | 円 |
|-------|---|---|----------|---|---|---------|---|

|                                                             |       |     |               |  |      |
|-------------------------------------------------------------|-------|-----|---------------|--|------|
| 支払方法                                                        |       |     |               |  |      |
| ***                                                         |       |     | 口座払い          |  |      |
| 支払場所                                                        |       | 振込先 | 金融機関          |  |      |
|                                                             |       |     |               |  |      |
| 支払期間                                                        | ( ~ ) |     | 口座種目          |  | 口座番号 |
|                                                             |       |     | 口座名義人<br>(カナ) |  |      |
| (世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印をしてください。) 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名 |       |     |               |  |      |

印