

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者記号番号				受診 (診療) 年月		年		月		分				
No 1	受診者氏名	療養を受けた病院・ 診療所・薬局等の所在地名称		療養を受けた 傷病名・期間	左記の期間に 受けた療養に 対して支払っ た額	国保 退職 区分	備 考							
		(所在地) (名称)		(病名)	円	国保 退職	領収書添付有							
	男 ・ 女			月 日から 月 日まで 日間	〔 本人 ・ 被扶養者 〕									
	S・H 年 月 日	入院・入院外	※医・歯・調・その他											
世帯主との続	※医療機関コード													
2		(所在地) (名称)		(病名)	円	国保 退職	領収書添付有							
	男 ・ 女			月 日から 月 日まで 日間	〔 本人 ・ 被扶養者 〕									
	S・H 年 月 日	入院・入院外	※医・歯・調・その他											
	世帯主との続	※医療機関コード												
3		(所在地) (名称)		(病名)	円	国保 退職	領収書添付有							
	男 ・ 女			月 日から 月 日まで 日間	〔 本人 ・ 被扶養者 〕									
	S・H 年 月 日	入院・入院外	※医・歯・調・その他											
	世帯主との続	※医療機関コード												
4		(所在地) (名称)		(病名)	円	国保 退職	領収書添付有							
	男 ・ 女			月 日から 月 日まで 日間	〔 本人 ・ 被扶養者 〕									
	S・H 年 月 日	入院・入院外	※医・歯・調・その他											
	世帯主との続	※医療機関コード												
合 計					円									
支払方法	1 振込 2 窓口	振込銀行	銀行 信金		本店 支店	口座 番号	普通 当座							
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日				銀 信 用	個 人 番 号	住所 (世帯主) 氏名 (世帯主) 印 電 話 番 号								
津別町長 様				金 庫 支	1 普通 2 当座									
				行	2 当座									
				支										
市 町 村 記 入 欄	支給申請額	高額療養費 (世帯合算) 対象額		被保険者 (世帯) 負担額			支払確定額			世帯合算				
	円	円		円			円			有・無				
	高額療養費 支給の状況		回数	1 課税 2 非課税	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
			支払年月											
		診療年月												
備 考														