

国民健康保険高額療養費支給申請書

川崎町長 殿

申請 年 月 日

申請者 (世帯主)

- ・ 個人番号
- ・ 住所 宮城県柴田郡川崎町

- ・ 氏名
- ・ 電話
- ・ 被保険者証記号 み川
- ・ 被保険者証番号 A

印

年 月 診療分を下記のとおりに申請します。

(1) 被保険者の記号・番号	A み川	A み川		
(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	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り		
(8) 発症又は負傷の理由	1: 第三者行為 (交通事故等) 2: 業務上の災害 (通勤災害等) 3: その他 (自損事故・疾病等)	1: 第三者行為 (交通事故等) 2: 業務上の災害 (通勤災害等) 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	年 月 日から 同月 日 日まで 日間	年 月 日から 同月 日 日まで 日間		
(13) 病院等で支払った金額	円	円		
(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 (世帯全体)	(16) 課税区分 (70歳以上) 低II

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)	0円	=	世帯差引支給額	円
-------	---	---	-----------	----	---	---------	---

支払方法					
支払場所		振込先	金融機関	機関名	
				支店名	
支払期間			口座種目	普・当	口座番号
			口座名義人 (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