

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証
記号番号 29-999-999

(令和〇年〇月 診療分) 1/ 1

(宛先) 平成 年 月 日 世帯主住所 〒 氏 名 Ⓜ 個人番号 _____	金融機関名 銀行 本店 信用金庫 支店 信用組合 出張所 コード <table border="1" style="display:inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr></table> 預金科目 口座番号 1 普通 2 当座 口座名義人 (カタカナで) _____								

(電話 _____) 次のとおり申請します。なお、支給決定額については上記の口座に振り込んでください。 口座確認 ()

療養を受けた被保険者 個人番号	割合	診療科 入外 公費	保険医療機関の名称 傷病名 決定点数	一部負担金の額 受領委任償還額	レプト 区分	療養費	交・委
国保 一郎	7	内 ● ● 内科 外 x, xxx		●, ● × × 円	一般		
国保 一子	7	歯 □ □ クリニック 外 ○, ○○○		△, △ △ △ 円	一般		
				円			
				円			
				円			
				円			

※第三者行為 該当 非該当 住民税 (いずれかに○をつける) _____ 円

世帯合算額 円 高額限度額 円 費目更正額 円 償還決定額 円

●、●●● □、□□□ ×、××× ○○、○○○ □、△□△ ●●、□□□

【要確認】 自動振込の該当条件・非該当条件について説明した。 □ 自動償還対象

決裁 年 月 日 _____	入力および点検 _____	通知 年 月 日 (支給通知 却下通知) 平成 年 月 日	支払 年 月 日 平成 年 月 日
-------------------	------------------	-------------------------------------	----------------------