

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

1 枚中 1 枚目

記号・番号	申請者（世帯主）氏名	診療年月	課税区分	所得区分		
29999999	国保 一郎	令和△年○月	一般エ	一般		
交通事故等の第三者行為		有 ・ 無				
請求年月	療養を受けた 被保険者氏名	生年月日	医療機関等の名称	入外	日数	総医療費
		個人番号	医療機関等の所在地			被保険者負担額
令和△年□月	国保 一郎	昭和△年 1 月 1 日	〇〇内科	外来	3 日	〇〇〇, 〇〇〇円
						△△, △△△円
令和△年□月	国保 一子	昭和○年 2 月 1 日	××クリニック	外来	5 日	×××, ×××円
						〇×, 〇×△円
貸付額	支給済額	被保険者負担額	限度額	支給額		
×円	×円	×〇, ×〇〇円	××, 〇〇〇円	△, 〇△〇円		

(宛先)名古屋市 区長 令和 年 月 日

上記のとおり申請します。

住所 _____

申請者（世帯主） 個人番号 _____

氏名 _____ 電話番号 _____

受取
口座

※ 希望する振込先口座をご記入ください。

1: 現金 2: 振込	金融機関 コード		支 店 コード		種目	口座名義人	
	金融 機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店名		1. 普通（総合） 2. 当座	フリガナ	
					口座番号	氏名	
						

【要確認】 次回以降、自動振込を希望しない。 □（希望しない場合はチェックしてください。）

(市記入欄)

決裁 令和 年 月 日	入力	点検	通知年月日 (支給通知 不支給通知)	支払年月日	方法
			令和 年 月 日	令和 年 月 日	口 振 前 渡 金