

# 国民健康保険高額療養費支給申請書(一般・退職・前期・高齢)

課長	主幹	主査	担当

太枠内を記入してください

平成 年 月 日	
厚真町長 様	住所 勇払郡厚真町
世帯主 氏名	㊞
TEL	- -
平成 年 月 診療分について申請します。	個人番号
この支給申請にあたり自己負担額（課税の有無）の判定を厚真町長に委任します。	

被保険者証の号	厚 真	被保険者証の番号	
療養を受けた者の氏名・続柄	①	②	③
個人番号			
療養を受けた者の生年月日	T・S・H 年 月 日生	T・S・H 年 月 日生	T・S・H 年 月 日生
病院等の名称			
発病又は負傷の理由 ※第三者行為の場合記入			
入院・外来区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 調剤
振込先	金融機関名	(苫信・JA・ゆうちょ) 銀行	
	口座番号	(普)	口座名義人 (カタカナ)

◎ 上記申請に基づく高額医療費の支給額は下記の調書のとおりです。

調書	審査決定欄					
	療養に要した費用額	保険者負担額	一部負担金 A	区 分	自己負担額 B	差引額 A - B
書				1 上位所得者 (ア・イ)	自己負担金	償還払い
				2 一般 (ウ・エ) 3 非課税 (オ) 4 世帯合算 5 多数該当	指定公費	現物支給額