

国民健康保険高額療養費支給申請書

* 太枠の中だけお書きください。
* 支給は診療月から3か月以上かかります。

| | | | | | | | | | | |
|--------------|-----|---|------|-----|-------------|----|------------|----|----|--------|
| 診療年月 | 年 | 月 | 多数該当 | その他 | 70歳未満 | | 70歳以上75歳未満 | | 退職 | 一般 |
| 保険証の記号 番号 | 北広島 | | | | 負担区分(70歳未満) | ア | イ | ウ | エ | オ |
| | | | | | 負担区分(70歳以上) | 現役 | 現役 | 現役 | 一般 | 低 低 |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 療養を受けた者の氏名 | 1 | 2 | 3 |
| 療養を受けた者の生年月日 | 年 月 日 | 年 月 日 | 年 月 日 |
| 療養を受けた者の個人番号 | | | |
| 傷病名 <small>* 第三者行為...交通事故など</small> | 別紙診療明細書のとおり | 別紙診療明細書のとおり | 別紙診療明細書のとおり |
| | 第三者行為によるものですか いいえ はい | 第三者行為によるものですか いいえ はい | 第三者行為によるものですか いいえ はい |
| 療養を受けた病院・薬局などの名称 | 名称 | 名称 | 名称 |
| | 所在地 | 所在地 | 所在地 |
| 病院等で療養を受けた期間 | 年 月 日から 日 日まで | 年 月 日から 日 日まで | 年 月 日から 日 日まで |
| 入院・通院区分(入院の有無) | 入院の有無 有 ・ 無 | 入院の有無 有 ・ 無 | 入院の有無 有 ・ 無 |
| の期間に受けた療養に対し病院等に支払った額 | 円 | 円 | 円 |
| 他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか | 1 受けられる 制度名 () 費用徴収の有無 有 ・ 無 | 1 受けられる 制度名 () 費用徴収の有無 有 ・ 無 | 1 受けられる 制度名 () 費用徴収の有無 有 ・ 無 |
| | 2 受けられない | 2 受けられない | 2 受けられない |
| 振込先金融機関名 | 銀行 信用金庫 農協 | | 本店 支店 出張所 |
| | 口座種別 | 普通貯金当座 | 口座番号 |
| | 口座番号 | フリガナ | 口座名義人 |

上記のとおり申請します。
 年 月 日 住所 世帯主 氏名
 個人番号
 北広島市長 電話番号

* 世帯主以外の人に受領を委任する場合に記入 円
 住所
 上記申請金額の受領を 氏名 印 に委任します。
 世帯主 住所
 年 月 日 氏名 印