

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

保険証番号	世帯主氏名	診療年月 年 月	課税区分	所得区分			
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	性別	医療機関名	入外	日数	総医療費
		個人番号					患者負担額
支給済額		被保険者負担額		限度額		支給額	
円		円		円		円	

年 月 日

上記のとおり申請します。

なお、私は申請書を提出するにあたり、一部負担金を支払済であることを申し出、以下の事項を厳守することを、ここに誓約します。

- 1 支払うべき一部負担金に未納が発生した際には、北広島市へ申し出ます。
- 2 高額療養費の支給後に、変更等により返還額が発生した際には、今後支給される高額療養費から差し引く（相殺する）ことに同意します。また、差し引けない場合は、北広島市へ返還します。

住所 _____

申請者氏名
(世帯主) _____

個人番号

--	--	--	--

電話番号 _____ - _____

振込先口座を指定する

公金受取口座を利用する

振 込 先	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種目		口座名義人	
			1. 普通	2. 当座	刀がナ	
			口座番号		氏名	

今後、高額療養費に該当した場合、本申請書の内容を基に支給します。支給申請書は不要となります。