|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 国民健康保険 | 高額療養費 支給申請書 |  |  |  |  |  |
| 被保険者記号・番号 | 世帯主氏名 | 診療年月 | 課税区分 | 所得区分 |
|  |  | 年 月 |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |
| 貸付額 | 支給済額 | 被保険者負担額 | 限度額 | 支給額 |
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 上記のとおり申請いたします。住所申請者氏名 (世帯主)電話番号 | 　　個人番号 |  |  | 年 | 月 | 日 |
| 受取口座 | * 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。
* 振込口座を指定する。
 |
| 1:現金2:振込 | 銀行信用金庫農協 | 支店 | 種目 | 口座名義人 |
| 1.普通(総合) 2.当座 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口座番号 | 氏名 |  |
|  |