

国民健康保険高額療養費支給申請書

①被保険者証の記号・番号	与 一		②診療年月	平・令 年 月		
③療養を受けた被保険者の氏名	一般退職	一般退職	一般退職	一般退職	一般退職	
生年月日	昭 平 年 月 日生	昭 平 年 月 日生	昭 平 年 月 日生	昭 平 年 月 日生	昭 平 年 月 日生	
個人番号						
年齢区分等の別	若人・高齢 割・就学前		若人・高齢 割・就学前		若人・高齢 割・就学前	
④世帯主との続柄						
⑤傷病名						
⑥療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地	名称					
	所在地					
⑦⑥の病院で療養を受けた期間	平・令 年 月 日から 同 月 日まで		平・令 年 月 日から 同 月 日まで		平・令 年 月 日から 同 月 日まで	
入院・外来の別	入院・外来		入院・外来		入院・外来	
⑧⑦の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円		円		円	
合計額			円			
⑨療養費につき公費負担がありますか(ありましたか)	ある・ない		ある・ない		ある・ない	
⑩②の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月	平・令 年 月		平・令 年 月		平・令 年 月	
⑪第三者行為の有無	有・無	⑫備 考				
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住所 _____ 氏名 _____ 印 (個人番号: _____) 与謝野町長 様 電話 () - _____						

与謝野町国民健康保険から私に支払われる支払金は、次の口座に振り込んでください。

金融機関	銀行・信金・信組・農協		本(支)店(所)
預金種別	普通・当座	口座番号	No.
口座名義(カタカナ)			

----- 以下、役場記入欄 -----

世帯区分	低所得(オ・I・II)・一般(ウ・エ)・上位所得(ア・イ・I・II・III)・多数・合算
住民税課税状況	課税・非課税・免税・未申告

決 裁	1 支給する	支給金額 ⑧の合計額 ー 円	円
		支給期間	令和 年 月分
処 理	2 支給しない	(支給しない理由)	