

国民健康保険 高額療養費支給申請書

年 月 診療分

保険者	被保険者証番号	個人番号	世帯主
療養を受けた被保険者		保険種別 入外区分 委任	医療費 窓口徴収額 第三者行為の有無
医療機関		傷病名、療養期間	
個人番号		~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号		~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号		~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号		~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号		~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号		~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号		~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

	医療費	窓口徴収額	自己負担限度額	高額療養費
高 外 来 者				
高 齢 者 世 帯				
世 帯				

高齢所得	世帯所得	多数該当	今回以前1年間に受けた高額療養費の診療月	支給決定額	支給済額	支給差額
			年 月 年 月 年 月			

振 込 先	金融機関名					
	口座種別				口座番号	
	名義人(カナ)					
	名義人(漢字)					

上記のとおり、医療機関等への支払が完了しましたので申請します。

大和高田市長 堀内 大造 殿

年 月 日

世帯主 住所
氏名
連絡先

上記申請により国民健康保険から給付を受ける金額の受領を _____ に委任します。

世帯主 氏名

印