

国民健康保険高額療養費支給申請書

伊方町長

申請者(世帯主)

・個人番号
 ・住所 西宇和郡伊方町 番地

・氏名
 ・電話 0894 ()
 ・被保険者証記号
 ・被保険者証番号

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主(組合員)との続柄				
(7) 傷病名	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り
(8) 発症又は負傷の理由	1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)	1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)	1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)	1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)
(9) 病院等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
(10) 医療費・療養費等の区分				
(11) 入院・外来の区分				
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
(13) 病院等で支払った金額	円	円	円	円
(14) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月			(15)課税区分(世帯全体)	(16)課税区分(70歳以上)

国保世帯支給額	円
既支給決定額	円
支給決定額	円

調整額等(合計)	円	=	調整額等(合計)	円
----------	---	---	----------	---

支払方法					
窓口払い		債権者番号		No.	
支払場所		振込先	金融機関		
支払期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (時 分 ~ 時 分)			口座種目	口座番号	
			口座名義人(カナ)		
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印をしてください。) 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名					