

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月 診療分)

		被保険者証の番号		
療養を受けた ① 被保険者の 氏名・個人番号	氏 名	A	B	C
	個人番号			
② 被保険者の区分		一般・退本人・退家族	一般・退本人・退家族	一般・退本人・退家族
③ 傷 病 名				
④ 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）
療養を受けた ⑤ 病院等の名称 及び所在地	名 称			
	所在地			
⑥ ⑤の病院で療養を 受 け た 期 間				
⑦ ⑤の病院に 支 払 っ た 額				
⑧ 他の制度により自己負担 額相当額、又はその一部 の支給を受けられるとき		制度名 () 費用徴収 有・無	制度名 () 費用徴収 有・無	制度名 () 費用徴収 有・無
⑨ 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回以上受けた場合は その直近の診療年月		1	2	3
		年 月 診療分	年 月 診療分	年 月 診療分
⑩ 口座振込先 金融機関名	・めぐみの農協 支店	〈口座番号〉		(フリガナ) 名 義 人
	・大垣共立銀行白川口支店			
	・東濃信用金庫白川支店	普通・当座・		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>白川町長様 自治会</p> <p style="text-align: center;">申請者 住 所 ()</p> <hr/> <p style="text-align: center;">氏 名 (印)</p> <hr/>				

※上記の太枠で囲んだ部分に記入してください。また、領収書の写しを添付してください。

高額療養費の算定基礎 (記入しないでください)				
療養に要した費用額	A	円	B	円
			C	円
一部負担金等の額		円		円
			合計	円
自己負担限度額		円	高額療養費支給決定額	円