

様式第15号 (第18条関係)

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		
① 療養を受けた被保険者の氏名・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（通勤事故等） 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（通勤事故等） 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（通勤事故等） 3：その他（自損事故・疾病等）
⑤ 療養を受けた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 年 月 診療分	2 年 月 診療分	3 年 月 診療分
⑩ 口座振込先 金融機関名	農協 銀行 信用金庫 支店	<口座番号>		() 名義人
		普通・当座・		
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>なお、支給については、上記の口座へ振込されるよう依頼します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>白川町長 様</p> <p>申請者 住所 _____</p> <p>氏名 _____ (印)</p> <p>連絡先 (電話番号) _____</p>				

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		円
自己負担限度額		円	高額療養費支給決定額			円
				合計		円