

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	—	
療養を受けた 被保険者の氏名		
(生年月日)	(年 月 日)	(年 月 日)
世帯主との続柄	本人 ・ 妻 ・ 夫 ・ 子 ・ ()	本人 ・ 妻 ・ 夫 ・ 子 ・ ()
資 格 区 分	一般 ・ 退本 ・ 退扶 未就学 ・ 高齢 8 割 ・ 高齢 7 割	一般 ・ 退本 ・ 退扶 未就学 ・ 高齢 8 割 ・ 高齢 7 割
発病の原因	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 他人の行為(第三者行為)によるもの	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 他人の行為(第三者行為)によるもの
保険医療機関等		
入院外来の別	入院 ・ 外来	入院 ・ 外来
医 療 費 の 額	円	円
一部負担金の額	円	円
個人番号		
70 歳未満世帯合計金額	円	前期高齢者
前期高齢者自己負担額	円	同じ月内の入院の有無 (有 ・ 無)
世帯総合計金額	円	現役Ⅰ 現役Ⅱ 現役Ⅲ 一般 低所得Ⅰ 低所得Ⅱ
<input type="checkbox"/> 前回申請口座を利用する (口座情報の記入は不要です。) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (下記口座情報を記入してください。) <input type="checkbox"/> 公的受取口座を利用する (口座情報の記入は不要です。)		世帯合算 多数該当
銀 行 本店 金 庫 支店 農 協 支所 信漁連		
口座番号	(普通・当座) (右詰めでご記入ください)	70 歳未満
		ア イ ウ エ オ
(ふりがな) 口座名義人		世帯合算 多数該当
上記のとおり高額療養費の支給を申請します。		
令和 年 月 日 世帯主 住所		
氏名 印		
電話番号		
釜 石 市 長 様 個人番号 (有 ・ 無)		