

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号

渡名喜村長 殿

平成 年 月 日

申請者（世帯主）

・個人番号
・住所

・氏名
・電話

平成 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	喜国	喜国	喜国	喜国
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 療養を受けた被保険者の氏名				
(4) 療養を受けた被保険者の生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
(5) 一般・退職の区分	一般・退職	一般・退職	一般・退職	一般・退職
(6) 世帯主（組合員）との続柄				
(7) 傷病名				
(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） 4: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） 5: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） 6:その他（自損事故・疾病等）
(9) 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
(10) 医療費・療養費の区分				
(11) 入院・外来の区分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間	平成 年 月 日から 同月 日まで 日間	平成 年 月 日から 同月 日まで 日間	平成 年 月 日から 同月 日まで 日間	平成 年 月 日から 同月 日まで 日間
(13) 病院等で支払った額	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			(12) 課税区分 (世帯全体)	(13) 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	=	世帯差引支給額	円
-------	---	---	----------	---	---	---------	---

支払方法								
窓口払い				口座振込				
支払場所	渡名喜村役場 民生課			振込先	金融機関			
	支払期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日 (時 分～ 時 分)			口座種目		口座番号	
					口座名義人			
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印して下さい)								
上記名義人口座への振込を了承します。						世帯主氏名	印	