

国民健康保険高額療養費支給申請書

被 保 険 者 証 号 記 号 番 号		剣		受 診 (診 療) 年 月				年 月 診 療 分				
No.	個人番号 受診者氏名		療養を受けた病院・ 診療所・薬局等の 所在地および名称				療養を受けた 傷病名・期間		先の機関に受けた 療養に対し 支払った額		国保 退職 区分	備考
	男女 年 月 日生		入院・ 入院外		医・歯・調・その他		月 日 日間 月 日		円		国保 ・ 退職 本人 扶養者	領収書 添付有
1	世帯主 との続柄		※医療機関コード									
	男女 年 月 日生		入院・ 入院外		医・歯・調・その他		月 日 日間 月 日		円		国保 ・ 退職 本人 扶養者	領収書 添付有
2	世帯主 との続柄		※医療機関コード									
	男女 年 月 日生		入院・ 入院外		医・歯・調・その他		月 日 日間 月 日		円		国保 ・ 退職 本人 扶養者	領収書 添付有
3	世帯主 との続柄		※医療機関コード									
	男女 年 月 日生		入院・ 入院外		医・歯・調・その他		月 日 日間 月 日		円		国保 ・ 退職 本人 扶養者	領収書 添付有
4	世帯主 との続柄		※医療機関コード									
	男女 年 月 日生		入院・ 入院外		医・歯・調・その他		月 日 日間 月 日		円		国保 ・ 退職 本人 扶養者	領収書 添付有
合 計												

上記のとおり申請します。

住所 上川郡剣淵町
 年 月 日 世帯主
 剣淵町長 様 氏 名 ㊟

上記の申請金額の受領を ㊟に委任します。

振込
依頼
書

上記金額を下記指定の金融機関に振り込み願います。 ㊟

振込指定金融機関名

(普・当) 口座番号

本・支店名

(本・支店)

名義 (カタカナ)

町記
入欄

支 給 申 請 額

高額療養費
(世帯合算) 対象額

被 保 険 者 (世 帯) 負 担 額

支 払 確 定 額

世 帯 合 算

円

円

円

有・無

高額療養費
支給の状況

回 数

支 払 年 月

診 療 年 月

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

1 課 税
2 非 課 税
(回 目)