

国民健康保険高額療養費支給申請書

整理番号			
------	--	--	--

令和 年 月 日
 行橋市長殿
 次のとおり申請します。

保険区分	一般・退職・混合
課税状態	一般・非課税・上位
記号番号	行 ー

年 月 診療分	住所 行橋市	氏名 (世帯主) 印
	個人番号	
	電話番号	ー ー
療養を受けた者の氏名・生年月日	① 氏名 個人番号 昭・平・令 年 月 日	② 氏名 個人番号 昭・平・令 年 月 日
病院等の所在地		
病院等の名称		
療養の機関入院・外来の別	月 日 入院・外来 月 日 (日間)	第三者行為 1. 有 2. 無
病院等で支払った額	円	円
合計		円

振込先金融機関 (口座振込希望者のみ記入)

銀行コード		支店コード	
金融機関名	銀行 支店		
口座番号	普通・貯蓄・当座		
名義人(カタカナ)			

高額療養費算定基礎

高額療養費算定基礎				支給回数	回目
療養に要した費用額 (A)	一部負担金 (0.2・0.3) (B)	薬剤一部負担金 (C)	自己負担限度額 (D)	高額療養費支給決定額 (B+C-D)	
1 円	円	円	円		
2 円	円	円	円		
3 円	円	円	円		
4 円	円	円	円		
5 円	円	円	円		
6 円	円	円	円		
計 円	円	円	円		円
高額貸付金額	円	差引支給決定額			円

- (注) 1 第三者行為(交通事故等)による傷病については、事前に第三者の行為による傷病届を提出のこと。
 2 納税相談該当世帯は、口座振込が出来ません。
 3 医療機関の請求額が変更された場合、支給額が変更されます。