

# 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			第三者の行為によるものか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ					
療養を受けた 被保険者氏名	氏名			氏名				
	生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日		生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日			
	個人番号			個人番号				
	区分	一般	退本	退扶	続柄			
傷病名								
療養を受けた 保険医療機関 等の名称、所在地	名称			名称				
	所在地			所在地				
療養を受けた 期間	令和 年 月 日から		令和 年 月 日から		日まで			
期間中の 一部負担金	円		円					
	合計		円					
振 込 先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (口座情報の記入は不要です) <input type="checkbox"/> 前回申請時に指定した振込口座にする (口座情報の記入は不要です) <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (口座情報を記入してください)							
	金融機関名	コード			店番		口座番号 (普通・当座)	
		銀行		本店		口座名義人		
		金庫		支店			(ふりがな)	
農協		支所						
<p>上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 北上市</p> <p>世帯主名</p> <p>届出人 氏名 住所 続柄</p> <p>北上市長 様 (電話 ) 届出人 世帯主</p>								
処 理 欄	高額区分	ア	イ	ウ	エ	オ	受付印	
		低I	低II	一般	現I	現II		現III
	自己負担限度額	円						