

国民健康保険高額療養費支給申請書

【記入例】

赤い枠内を黒いボールペンで記入して下さい
(消せるボールペン不可)

交通事故かどうか

被保険者 記号番号	0123456		第三者の行為によるものか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
療養を受けた 被保険者氏名	氏名	北上 花子		氏名	※複数いる場合はご記入下さい
	生年月日	昭和 平成 ○年 ○月 ○日 令和		生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和
	個人番号			個人番号	
	区分	一般 退本 退扶	続柄	区分	一般 退本 退扶

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	平・令 年 月 日から 日まで		平・令 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 checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する (口座情報を記入してください)			
	原則世帯主の口座			
	金融機関名	番号	店番	口座番号
	〇〇	銀行	本店	1234567
		金庫	〇〇 支店	(ふりがな) きたかみ たろう
		農協	支所	口座名義人 北上 太郎

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

住所 北上市 〇〇町1-1

世帯主名 北上 太郎

届出人 氏名 北上 花子 (記入した人) 続柄 妻・子 等
住所 〇〇市 〇〇町2-3

北上市長 様 (電話 12-3456)

届出人 世帯主

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						