

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	〇年 〇月 〇日	生年月日	昭和	平成	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	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)									
	金融機関名	番号				店番			口座番号	(<u>普通</u> ・ 当座)
		〇〇 銀行	本店			〇〇 支店	(ふりがな)		1234567	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 〇年 〇月 〇日

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						