

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月診療分)

被保険者証 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							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 日まで										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										口座番号								
		金庫 支店										(ふりがな)								
農協 支所										口座名義人										
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 世帯主名 (届出人 氏名 住所 続柄) 北上市長 様 (電話) 届出人 世帯主																				
処 理 欄	高額区分	ア	イ	ウ	エ	オ														
	自己負担限度額	低Ⅰ	低Ⅱ	一般	現Ⅰ	現Ⅱ	現Ⅲ													
							円													
														受 付 印						