

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証記号番号		受診年月	令和	年	月
No.	1	2	3		
受診者氏名	(フリガナ)	(フリガナ)	(フリガナ)		
生年月日	昭・平・令 年 月 日生	昭・平・令 年 月 日生	昭・平・令 年 月 日生		
世帯主との続柄					
個人番号					
発症または負傷の理由	1. 第三者行為(交通事故等) 2. 業務上の災害(通勤災害等) 3. その他(自損事故・疾病等)	1. 第三者行為(交通事故等) 2. 業務上の災害(通勤災害等) 3. その他(自損事故・疾病等)	1. 第三者行為(交通事故等) 2. 業務上の災害(通勤災害等) 3. その他(自損事故・疾病等)		
療養を受けた医療機関・薬局	(所在地)	(所在地)	(所在地)		
	(名称)	(名称)	(名称)		
	入院・入院外 医・歯・調・他	入院・入院外 医・歯・調・他	入院・入院外 医・歯・調・他		
療養を受けた傷病名・期間	(傷病名) 月 日から 月 日まで 日間	(傷病名) 月 日から 月 日まで 日間	(傷病名) 月 日から 月 日まで 日間		
上記の期間の療養に対し支払った金額	円	円	円		
一般・退職区分	一般・退職(本人・扶養)	一般・退職(本人・扶養)	一般・退職(本人・扶養)		
備考					
合 計					円

振 込 先	銀行	協同組合	口座番号 (7桁)	1. 普通
	信用金庫 ()			2. 当座
	本店	支店	名義人 (カタカナ)	3. ()
	本所 ()			

(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印をしてください。)

上記の名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名 ⑩

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所 _____

TEL _____

遠軽町長 殿

世帯主氏名 _____

世帯主個人番号 _____

市 町 村 記 入 欄	支給申請額	高額療養費(世帯合算)対象額	被保険者(世帯)負担額						支払確定額			世帯合算		
	高 額 療 養 費 状 況	回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		支払年月												
	診療年月													
	備考													