

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（診療）年月			年 月 分								
No. 1	受診者氏名		療養を受けた医療機関等の所在地及び名称			療養を受けた傷病名・期間		左記の期間に受けた療養に対して支払った額		区分	備考			
	個人番号		所在地					円		国保・退職 〔本人被扶養者〕	領収書 有・無			
			名称											
			医療機関コード			月 日 から 月 日 まで 日間								
世帯主との続柄		入院・外来	医・歯・調・その他											
No. 2	受診者氏名		療養を受けた医療機関等の所在地及び名称			療養を受けた傷病名・期間		左記の期間に受けた療養に対して支払った額		区分	備考			
	個人番号		所在地					円		国保・退職 〔本人被扶養者〕	領収書 有・無			
			名称											
			医療機関コード			月 日 から 月 日 まで 日間								
世帯主との続柄		入院・外来	医・歯・調・その他											
No. 3	受診者氏名		療養を受けた医療機関等の所在地及び名称			療養を受けた傷病名・期間		左記の期間に受けた療養に対して支払った額		区分	備考			
	個人番号		所在地					円		国保・退職 〔本人被扶養者〕	領収書 有・無			
			名称											
			医療機関コード			月 日 から 月 日 まで 日間								
世帯主との続柄		入院・外来	医・歯・調・その他											
No. 4	受診者氏名		療養を受けた医療機関等の所在地及び名称			療養を受けた傷病名・期間		左記の期間に受けた療養に対して支払った額		区分	備考			
	個人番号		所在地					円		国保・退職 〔本人被扶養者〕	領収書 有・無			
			名称											
			医療機関コード			月 日 から 月 日 まで 日間								
世帯主との続柄		入院・外来	医・歯・調・その他											
合 計								円						
支払方法	1. 口座振込 2. 窓口支給	振込先 金融機関	銀行 信金 農協			店 支 店 所	口座 番号	1. 普通 2. 当座						
上記のとおり申請します。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 年 月 日 申請者 住 所 氏 名 ⑩ 個人番号 上川町長 様 電 話 </div>														
市 町 村 記 入 欄	高額療養対象額		負担限度額			支給決定額			世帯合算			第三者行為		
									有 ・ 無			該当 ・ 非該当		
	高額療養費 支給の状況	回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
		支払年月												
診療年月														
備考														

委 任 状

私は、 年 月 日以降に発生する高額医療費の支給に係る手続きを今後、上川町長に委任することとします。

年 月 日

申請者及び代理人

氏 名

