

国民健康保険高額療養費支給申請書兼請求書

※この申請書は、診療月ごとに1枚必要です

被保険者記号番号	日国一	療 養 年 月	令和 年 月	診療分
----------	-----	---------	--------	-----

被保険者名		被保険者名	
生年月日	昭・平・令 年 月 日	生年月日	昭・平・令 年 月 日
個人番号		個人番号	
退職者医療該当	無 本人 扶養	退職者医療該当	無 本人 扶養
医療機関 入院・外来		医療機関 入院・外来	
支払った一部負担金の額(保険診療分)	円	支払った一部負担金の額(保険診療分)	円
医療機関 入院・外来		医療機関 入院・外来	
支払った一部負担金の額(保険診療分)	円	支払った一部負担金の額(保険診療分)	円
医療機関 入院・外来		医療機関 入院・外来	
支払った一部負担金の額(保険診療分)	円	支払った一部負担金の額(保険診療分)	円
医療機関 入院・外来		医療機関 入院・外来	
支払った一部負担金の額(保険診療分)	円	支払った一部負担金の額(保険診療分)	円
医療機関 入院・外来		医療機関 入院・外来	
支払った一部負担金の額(保険診療分)	円	支払った一部負担金の額(保険診療分)	円

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
 日 田 市 長 様
 住 所
 世帯主 氏 名 個人番号 (電話 -)

口座振替申請 (世帯主名義のもの)	銀行 協 農 信用組合	本店 支店 出張所 支所	預金種別	普通 座 ()
	口座番号			
	口座名義人(カタカナ)			

世帯主以外の口座に振込みを依頼する方はご記入下さい。

委任状	上記により支給される金額の受領を次の者に委任します。		委任者印(世帯主)
	受任者 住所	氏名	印

保 険 者 記 入 欄

区分	70歳以上	一定以上・一般・区Ⅱ・区Ⅰ	※第三者行為 ①交通事故 ②労災 ③その他()
	70歳未満(H27.1以降)	ア・イ・ウ・エ・オ	
	70歳未満(H26.12以前)	A・B・C	
12ヶ月以内の申請回数		□ 3回以下 □ 4回以上	合 算 無・有 (-)
※療養に要した費用の支払の事実の確認方法 1.医療機関 2.領収書 3.その他()			支給決定額 円