

永平寺町国民健康保険 高額療養費支給申請書・請求書

(_____ 年 _____ 月診療分) ※ 診療月ごとに請求してください。

記号番号	井吉 - -	一般・退職の区分		世帯全体の負担区分		高齢受給者の負担区分	
高齢区分	療養を受けた被保険者の氏名及び生年月日	療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	負担割合	入院通院の区分と日数	病院・診療所等で支払った一部負担金 公費負担療養の場合は()患者負担額		
(別紙のとおり)							
※ 療養を受けた病院や入院通院日数、一部負担金等の欄は、記入の必要はありません。 下記の太枠の中を記入し、領収書を添えて申請して下さい。							

被保険者名			
個人番号	- -	- -	- -

高齢受給者	外来	負担合計額	(A)	自己負担限度額 (外来限度額の合計)	(B)	高齢受給者外来での 支給申請額(A) - (B)	(C)
	個人	負担合計額	(D)	自己負担限度額	(E)	高齢受給者個人での 支給申請額(D) - (E)	(F)
	世帯	世帯合算対象額	(G)	自己負担限度額	(H)	高齢受給者世帯での 支給申請額(G) - (H)	(I)
	世帯の負担 [(H) + 高齢受給者以外の負担]		(J)	世帯全体の 自己負担限度額		(K)	世帯全体の支給申請額 (J) - (K)
今回申請の診療月前1年間に、 高額療養費の支給を受けた年月						支給申請額合計 (C)+(F)+(I)+(L)	

振込先	銀行 信用金庫 協同組合 信用組合	支店 支所 出張所	普通 当座	口座番号	※ カタカナで記入
-----	----------------------------	-----------------	----------	------	-----------

第三者行為による負傷の有無(どちらかに○) 上記のとおり申請・請求します。 永平寺町長 様	有 ・ 無	本請求に基づく給付金の受給を上記振込先 名義人に委託します。(ただし、同一家族に 限る。) 年 月 日 世帯主 氏名
---	-------	--

福祉医療(重度・こども医療等)に該当しますか?

○で囲んで下さい。

はい ・ いいえ

住 所 永平寺町

世帯主名 _____

TEL () - _____

個人番号 _____
