

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

恵庭市長

申請者(世帯主)

・個人番号

・住所

・氏名

・電話

令和 年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号	恵庭	恵庭	恵庭	恵庭
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
(5) 一般・退職の区分	一般	一般	一般	一般
(6) 世帯主との続柄				
(7) 傷病名	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り
(8) 発症又は負傷の理由	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)			
(9) 病院等の名称及び所在地	名称 所在地			
(10) 医療費・療養費等の区分	国保	国保	国保	国保
(11) 入院・外来の区分				
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで			
(13) 病院等で支払った金額	円	円	円	円
(14) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月	月診療分 月診療分 月診療分		(15)課税区分 (世帯全体)	(16)課税区分 (70歳以上)

国保世帯支給額	円
既支給決定額	円

支給決定額	円	—	調整額等(合計)	円	=	世帯差引支給額	円
-------	---	---	----------	---	---	---------	---

支払方法					
***			口座払い		
支払場所		振込先	金融機関	(金融機関コード)	
				(支店コード)	
支払期間		口座種目	普通	口座番号	
		口座名義人 (カナ)			

(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。)  
上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名

印