

国民健康保険高額療養費支給申請書

( 年 月診療分)

区分	一般 退職 混合	記号番号	61-	宛名番号	
----	----------	------	-----	------	--

療養を受けたものの氏名	①	②	③
生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日
個 人 番 号			
交 通 事 故 の 有 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
区 分	一般 ・ 退本 ・ 退扶 前1 ・ 前期 ・ 前2	一般 ・ 退本 ・ 退扶 前1 ・ 前期 ・ 前2	一般 ・ 退本 ・ 退扶 前1 ・ 前期 ・ 前2
療養を受けた病院・診療所等の 名称・所在地	名 称 所在地		
入 院 ・ 外 来 の 別	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来	入 院 ・ 外 来
病院等で支払った金額	円	円	円
自己負担相当額または その一部の支給を受け られる国保以外の制度 の有無	有 → 制度名 ( ) 費用徴収額 ( 円) 無	有 → 制度名 ( ) 費用徴収額 ( 円) 無	有 → 制度名 ( ) 費用徴収額 ( 円) 無

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住 所 粕屋町 電話番号 ( — — )

氏 名 (世帯主) 印 個人番号

粕屋町長殿

振込先	銀行・農協	支店	預金種目	口座番号	口座名義 (カタカナ)	受領者 世帯主 代理人 相続人
	信金・信組	支所	普通 当座			

<b>充当</b> 振込金額 円 税充当額 円 合 計 円 上記のとおり処理されることを承諾します。 世帯主氏名 ㊟	<b>代理人</b> 住 所 _____ 氏 名 _____ 電話番号 _____ 本申請に係る療養費の受領について上記代理人に委任します。 世帯主氏名 ㊟	
---	---	--

課税区分	ア	イ	ウ	エ	オ	自己負担限度額	円
	現役	一般	低Ⅱ	低Ⅰ			
前 期	3割	2割	1割	外来のみ 入院含む	高額療養費貸付額	円	
多 数	該当 非該当	支給	支給	充当	高額療養費支給決定額	円	
資格 □ 収納 □			一部充当		備 考		

受付者