

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

川崎町長 殿

申請年月日 令和 年 月 日

住 所 川崎町大字

世帯主氏名

電 話 番 号

個 人 番 号

次のとおり申請します。

被保険者の記号番号 _____

療養を受けた人の氏名 個人番号 性別 生年月日	①	②	③
	男・女 S・H・R 年 月 日	男・女 S・H・R 年 月 日	男・女 S・H・R 年 月 日
診療を受けた 病院、診療所等	名 称 所 在 地		
病院等で支払った金額 入院・外来・交通事故	円	入院・外来 交通事故	円
第三者行為の有無	有・無	有・無	有・無
国保以外に他の制度により 自己負担相当額又はその 一部の支給を受けられるのか	受けられる (制度名) (費用徴収額) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収額) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収額) 受けられない
振込先	銀行 農協 信金 支店		口座名義人
	普通・当座	口座番号	カナ 漢字

上記の者について下記のとおり決定してよろしいか

課税区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ	過去1年間の高額療養費支給回数	4回以上・4回未満		
高 算 額 定 療 養 基 準 費	NO.	療養に要した費用額 A	一部負担金 B	公費費用徴収額 C	高額療養費支給決定額 (B+C-)
	①				
	②				
	③				
	計	円	円	円	円
高額療養費貸付額	円	支給通知年月日	令和 年 月 日	税金	完納 未納 担当 ㊟
差引支給額	円	支給年月日	令和 年 月 日		