

# 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 一般・退職本人・退職家族	男・女 S・H・R 年 月 日 一般・退職本人・退職家族	男・女 S・H・R 年 月 日 一般・退職本人・退職家族
診療を受けた 名称 病院、診療所等 所在地			
病院等で支払った金額 入院・外来・交通事故	円	円	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				