

国民健康保険

高額療養費支給申請書

広川町長 様

世帯番号	—		証区分	一般・退職	
負担区分	70歳未満		ア・イ・ウ・エ・オ		未満・多数
	70歳以上	世帯個人	現役Ⅰ 現役Ⅱ 現役Ⅲ (未) (多)・一般 (未) (多)・低Ⅱ・低Ⅰ	現役・一般・低Ⅱ・低Ⅰ	

(平成 年 月 診療分) 平成 年 月 日

【申請者】 住所 広川町大字
(世帯主) 氏名
個人番号

TEL ()

次のとおり申請します。		被保険者証の記号番号	103・	
療養を受けた人	氏名	① (歳) 3割・2割・1割 男 女	② (歳) 3割・2割・1割 男 女	③ (歳) 3割・2割・1割 男 女
	生年月日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日
	個人番号			
	証区分	一般・退本・退扶	一般・退本・退扶	一般・退本・退扶
病院・診療所等名称				
病院等で支払った金額		円	円	
入院・外来の別		入院・外来	入院・外来	
第三者行為の有無		有()・無	有()・無	
国保以外の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か		<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名) _____ (徴収額) _____ 円 <input type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けられる (制度名) _____ (徴収額) _____ 円 <input type="checkbox"/> 受けられない	
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、直近の月から記入して下さい。				
年 月 診療分		年 月 診療分	年 月 診療分	

振込口座	金融機関	銀行・農協・信金	種別	普通	口座番号	
		支店	名義	(カタカナ)		

上記のものについて下記のとおり決定してよろしいでしょうか。

課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 上位	過去1年間の高額療養費支給回数	<input type="checkbox"/> 4回以上 <input type="checkbox"/> 4回未満		
高額療養費算定基礎	NO	療養に要した費用額 A	一部負担金 A×30% B	公費費用徴収額 C	高額療養費支給決定額 (B+C-)
	①	円	円	円	円
	②	円	円	円	円
	③	円	円	円	円
	計	円	円	円	円

