

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

高額医療費

( 年 月診療分)

被保険者証 の記号番号	伯		療養を受けた 被保険者氏名	昭・平・令 年 月 日		
			生月日			
傷病の状況	診療報酬明細書のとおり		<input type="checkbox"/> 交通事故傷害事件等ではありません。			
療養期間	年 月 日から		日まで		日間	
療養、薬剤の支給又は手当てを 受けた病院、診療所、薬局、その 他の者の名称及び所在地	名 称					
	所 在 地					
上記の期間に受けた療養に対 し病院等で支払った額						円
備 考						
上記により支給される金額の受 領方を右の者に委任します。	住所 氏名					
上記のとおり申請し、この支払金は下記指定の預金口座へ振込み願います。						
年 月 日						
世帯主 住所						
氏名 印						
個人番号						
伯耆町長 様 (電話番号 - - )						
指定 振込 口座	金融機関名					
	山陰合同銀行 鳥取銀行 ゆうちよ銀行		岸本 八郷 南			
	米子信用金庫 鳥取西部農協		溝口 五千石		支店・出張所 支所・代理店	
	種目	口座番号	口座名義人氏名(世帯主)			
1. 普通		フリガナ				
2.						
(支給申請手続きの簡素化申請)						
<input type="checkbox"/> 国民健康保険税の滞納はありません。						
<input type="checkbox"/> 上記指定振込口座をもって、高額療養費の支給申請手続きの簡素化に申し込みます。						
※申込みに当たり、必要な公簿等を閲覧されることに異議ありません。						
この申請書で上記以外に世帯単位又は世帯全体の高額療養費の支給を申請するものの氏名等						
(氏名)	個人番号				(一般・退職/未・若・前・高(1・2・3))	
(氏名)	個人番号				(一般・退職/未・若・前・高(1・2・3))	
※以下については、記入しないでください。						
未・若・前	ア・イ・ウ・エ・オ		高	低(Ⅰ・Ⅱ)・一般・現(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)		外来 入院
費用額	保険者 負担額	負担 割合	一部負担金	高額 現物給付	自己負担 限度額	高額療養費 支給決定額
		0.3				
		0.2				
		0.1				
						備考