

国民健康保険高額療養費支給申請書・請求書

( 年 月診療分) 整理No.

被保険者証の記号番号	課税区分	国保	高齢	高額療養費の種類	
療養を受けた被保険者の氏名及び生年月日	医療を受けた病院・診療所等の名称及び住所		個人番号(12桁)	①一部負担金相当額	
年 月 日生			本家入外区分	日数	円
年 月 日生					円
年 月 日生					円
年 月 日生					円
年 月 日生					円
年 月 日生					円
年 月 日生					円
一部負担金相当額合計	円	限度額	円	支給申請額	円
備考					
上記のとおり申請・請求します。 下記の金融機関の預金口座に振込みを依頼します。			第三者行為による負傷の有無(どちらかに○)	有・無	
年 月 日			個人番号(12桁)		
世帯主 住所					
勝山市長殿			氏名		
TEL ( )					
振込先金融機関名	預金種目及び口座番号		預金口座名義人		
	1. 普通	2. 当座	フリガナ		
支店	No.		名義人		

記入上の注意事項

年 月

1. 上の欄のうち、電算機でプリントしていない空欄部分で必要箇所は申請者が記入して下さい。
2. ①欄の一部負担金相当額は保険診療分についてのみ記入し、保険診療とならない特別室料、歯科の差額徴収額等は除いて下さい。ただし、その額が明確でないときは支払った金額を記入し、( )内にその旨を記入して下さい。

「○」は福井県子ども医療費助成事業の対象です。

※振込先は、世帯主の口座をお願いします。他の名義に振込む場合は委任状が必要です。(同一家族に限る)



上記申請に基づく高額療養費の支給額は下記調書のとおりである。						
調書	費用額合計	公費負担額	一部負担金相当額合計	外来限度額	世帯限度額	支給予定額
	円	円	円	円	円	
	保険者負担額合計	薬剤一部負担額合計	高額現物給付額合計	外来支給額合計	世帯支給額	円
	円	円	円	円	円	
確認	税 確 認			領収書確認者		