

国民健康保険高額療養費支給申請書

※欄は記入の必要ありません。

被保険者記号番号	厚岸	受診(診療)年月	年 月 分
----------	----	----------	-------

No.	受診者氏名	療養を受けた病院・診療所・薬局等の所在地及び名称	療養を受けた傷病名・期間	左記の期間に受けた療養に対し支払った額	備考	
1	個人番号	(所在地)	(病名)	円	領収書添付 有	
		(名称)				
	年 月 日生	入院・入院外 ※医・歯・調・その他	月 日から 月 日まで	日 間		第三者行為等 有()・無
	世帯主との続柄	※医療機関コード				
2	個人番号	(所在地)	(病名)	円	領収書添付 有	
		(名称)				
	年 月 日生	入院・入院外 ※医・歯・調・その他	月 日から 月 日まで	日 間		第三者行為等 有()・無
	世帯主との続柄	※医療機関コード				
3	個人番号	(所在地)	(病名)	円	領収書添付 有	
		(名称)				
	年 月 日生	入院・入院外 ※医・歯・調・その他	月 日から 月 日まで	日 間		第三者行為等 有()・無
	世帯主との続柄	※医療機関コード				
4	個人番号	(所在地)	(病名)	円	領収書添付 有	
		(名称)				
	年 月 日生	入院・入院外 ※医・歯・調・その他	月 日から 月 日まで	日 間		第三者行為等 有()・無
	世帯主との続柄	※医療機関コード				
合 計				円		

支払方法	1. 振込 2. 窓口	振込銀行	銀行 信用金庫	本店 支	口座 番号	1.普通 2.当座	番
------	----------------	------	------------	---------	----------	--------------	---

上記のとおり申請します。

年 月 日
 住所
TEL

氏名 (印)

市町村記入欄	支給申請額	高額療養費(世帯合算)対象額			被保険者(世帯)負担額								支払確定額				世帯合算
	円	円			円								円				有・無
	高額療養費 支給の状況	回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
		支払年月															
	診療年月																
備考																	