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 | 厚岸 | | | | | 受診(診療)年月 | | | | 年 | | , | 月 | 分 | | |
|-----|-------------|----------------------------------|-------------------|---------------------|--------------|-------------------|------------------|-------------|----------|------------|-----------------------------|--------------|---------------------|-----|------|----------|--|
| No. | 受診 | 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 | | | |
| 個人 | 番号 | | (所在地) | | | | | (病名) | | | | | | 円 | 領収書添 | 付有 | |
| 1 | | (名称) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 年 | 女 月 日生 | 入院・入 | 院外 | <u>※</u> 医・歯 | ·調·その | の他 | 月 | 日から | | # | 三二者 | 行為等 | ž. | | | |
| | 世帯主との続柄 | | ※医療機関 | 目コード | | | | 月 | 日まで | 日間 | 有(| |)•無 | | | | |
| 個人 | 番号 | | (所在地) | | | | | (病名) | | | 円 | | | | 領収書添 | 付有 | |
| | | (名称) | | | | | | | | | | | ' | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | · 女 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 | 入院・入院外 ※医・歯・調・その他 | | | | の他 | 月日から | | | 第三者行為等 | | | Ę | | | | |
| | 世帯主との続柄 | | ※医療機関 | 関コード | | | | 月 | 日まで | | 有()•無 | | | | | | |
| 個人 | 番号 | | (所在地) | | | | | (病名) | | | | 円 | | | 領収書添 | 付有 | |
| | | |] | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 男• | (名称) | (名称) | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | 女 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 | 月 日生 | 入院・入院外 ※医・歯・調・その他 | | | | | 月日から | | | 第三者行為等 | | | ž | | | |
| | 世帯主との続柄 | | ※医療機関コード | | | | | 月日まで日間 | | | 有()•無 | | | | | | |
| 個人 | 番号 | | (所在地) | | | | | (病名) | | | 円 | | | 円 | 領収書添 | 付有 | |
| | | | (名称) | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 男 • | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | 女 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 年 | 月 日生 | 入院・入院外 ※医・歯・調・その他 | | | | | 月 日から 日間 | | | 第三者行為等 | | | £ | | | |
| | 世帯主との続柄 | ※医療機関コード | | | | | 月日まで「日間 | | | 有()•無 | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支 | 反払方法 | 振込銀行 | | | | | 行 本 金庫 支 | | | 口 番 | 座号 | 1.普通 2.当座 | | | 番 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 上記の | とおり申請しま | す。 | | | | <u>f</u> | 主所 | | | | | | | | | |
| | | 年 月 | 日 | | | | | | | | | | TEL | | | | |
| | | | | | | | F | 毛名 | | | | | | | E | <u> </u> | |
| | • , | | | | | | 佐 十 41 元 | | | | | | | | | | |
| | 支 | 高額療養費(世帯合算)対象額 | | | 1 | 被保険者(世帯)負担 税上位 | | | 類 支払 研 円 | | | 払確 | 在 定 額 □ 世帯合算 円 □ | | | | |
| - | | | 2. 調 | | | 2.課税 | 段税一般 回目 | | | L. | | | | 1 | 有•無 | | |
| 市町 | | 回 数 | 1 | 2 | 3 | 3.非 ii 4 | ₹税 5 | 6 | 7 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | |
| 村 | 高額療 | 支払年月 | т_ | | | <u>_1</u> | 0 | + | + | | 0 | | 10 | 111 | 12 | | |
| 記入 | 支給0 | 診療年月 | | | | | | \dagger | \top | | | | | _ | | | |
| 欄 | 備 | | | | .1 | | | | | * | • | | | | · | • | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |