

# 国民健康保険 高額療養費支給申請書

( 年 月 診療分)

保険証番号		世帯主氏名				課税区分	所得区分			
診療を受けた 被保険者氏名	性別	生年月日		入院 外来	日数	総医療費 患者負担額	領収額	国保以外で 払戻しを 受けられる制度	第三者 行為 有無	備考
医療機関名		男・女	年 月 日	入院	日	円	円	乳・障・親 受けられない その他	有・無	
				外来		円				
		男・女	年 月 日	入院	日	円	円	乳・障・親 受けられない その他	有・無	
				外来		円				
		男・女	年 月 日	入院	日	円	円	乳・障・親 受けられない その他	有・無	
				外来		円				
		男・女	年 月 日	入院	日	円	円	乳・障・親 受けられない その他	有・無	
				外来		円				
		男・女	年 月 日	入院	日	円	円	乳・障・親 受けられない その他	有・無	
				外来		円				

支給済額	被保険者負担額	限度額	支給（予定）額
円	円	円	円

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

住 所 豊前市

申請者氏名  
(世帯主)

電話番号

振込先	銀行	種 目	口座名義人	
	信用金庫	1. 普通（総合） 2. 当座		
	農協	口座番号	フリガナ	
	支店		氏名	

受 取 が の 申 請 者	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 (世帯主) 住所 豊前市 氏名	(代理人) 住所 氏名
---------------------------------	--	-------------------