

国民健康保険高額療養費支給申請書( 年 月診療分)

被保険者番号				第三者行為によるものか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
療養を受けた方の氏名						
生年月日						
個人番号		— —		— —		
療養を受けた方の種別・区分	一般・退職の種別	一般 退職本人 退職扶養	一般 退職本人 退職扶養	一般 退職本人 退職扶養	一般 退職本人 退職扶養	
	年齢区分	未就学 6~69歳 70歳以上	未就学 6~69歳 70歳以上	未就学 6~69歳 70歳以上	未就学 6~69歳 70歳以上	
	負担区分	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ	ア・イ・ウ・エ・オ	ア・イ・ウ・エ・オ	ア・イ・ウ・エ・オ
		70歳以上	一般・現役並・現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	一般・現役並・現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	一般・現役並・現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	一般・現役並・現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ
傷病名						
療養を受けた病院等の名称及び所在地	名称					
	所在地					
病院等で療養を受けた期間		年 月 日から	年 月 日から	年 月 日まで( 日間)	年 月 日まで( 日間)	
療養に対し病院等で支払った一部負担金の額	外来	円	円	円	円	
	入院	円	円	円	円	
傷病名						
療養を受けた病院等の名称及び所在地	名称					
	所在地					
病院等で療養を受けた期間		年 月 日から	年 月 日から	年 月 日まで( 日間)	年 月 日まで( 日間)	
療養に対し病院等で支払った一部負担金の額	外来	円	円	円	円	
	入院	円	円	円	円	
振込先の指定		金融機関名	銀行・金庫 農協・信組	支店・本店 出張所	変更なし <input type="checkbox"/>	
預金種別	普通 当座	口座名義		口座番号		
上記のとおり申請します。 世帯主 住所 _____						
年 月 日 氏名 (署名又は記名押印) _____						
能代市長 様 個人番号 _____						
電話番号 _____						

※ここから下の欄には記入しないでください。

決裁	課長	係長	係員	レプト点数	支給決定日	令和 年 月 日
				費用額	保険者負担額	自己負担限度額
				貸付額	差引支給額	

受取代理人の欄	令和 年 月 日		令和 年 月 日提出
	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 (署名又は記名押印) (請求者) 氏名		受付日付印
	代理人の氏名	(フリガナ)	
	代理人の住所	<input type="checkbox"/> 請求者に同じ	