

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 ☐ はい によるものか ☐ 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	
	年 齢 区 分	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・A・B・C	
		70歳以上		ア・イ・ウ・エ・オ・A・B・C	
		一 般 ・ 現 役 並 ・ 低 I ・ 低 II		一 般 ・ 現 役 並 ・ 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		外来	円
	入院	円		入院	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		外来	円
	入院	円		入院	円
振込先の指定		金融機関名	銀行・金庫 支店・本店 農協・信組 出張所		
		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			
令和 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 (請求者) 氏名		受付日付印
	代 理 人 氏 名	(フリガナ)	
	代 理 人 住 所		