

国民健康保険高額療養費支給申請書(年 月診療分)

被保険者証の番号				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・A・B・C	ア・イ・ウ・エ・オ・A・B・C	ア・イ・ウ・エ・オ・A・B・C	ア・イ・ウ・エ・オ・A・B・C
		70歳以上	一般・現役並・低I・低II	一般・現役並・低I・低II	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	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	
		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		変更なし <input type="checkbox"/>		
令和 年 月 日		氏名		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。		受付日付印
	世帯主 (請求者) 氏名		
	印		
代理人名	(フリガナ)		
代理人所			
	代理人名		印