

国民健康保険高額療養費支給申請書

平戸市長 黒田 成彦

申請者(世帯主) ・個人番号 ・住所 ・氏名 ・電話 ・被保険者記号 ・被保険者番号	印
--	---

令和 年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 生年月日				
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主(組合員)との続柄				
(7) 傷病名				
(8) 発症又は負傷の理由				
(9) 病院等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
(10) 医療費・療養費等の区分				
(11) 入院・外来の区分				
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間				
(13) 病院等で支払った金額	円	円	円	円
(14) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給3回以上受けたときはその直近の診療年月		(15)課税区分(世帯全体)		(16)課税区分(70歳以上)

国保世帯支給額	円
既支給決定額	円

支給決定額	円	—	調整額等(合計)	円	=	世帯差引支給額	円
-------	---	---	----------	---	---	---------	---

支払方法					
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要)					
公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。					
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する・窓口払いを利用する。					
窓口払い		口座振替			
支払場所		振込先	金融機関		
支払期間			口座種目		口座番号
			口座名義人(カナ)		
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印をしてください。)					
上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名 印					