

国民健康保険高額療養費支給申請書

田川市長 殿

高額療養費を次のとおり申請します。なお、その請求につきましては、市民課長に委任します。

なお、医療費の支払い確認は、レセプト点検から算定した一部負担金額を支払い確認とし、相違があった場合は返金することに同意いたします。

令和 年 月 日

被保険者証の記号番号		100 - 200		診療年月	平成・令和 年 月 診療分	
申請者 (世帯主)	氏名	田川 太郎		住所	田川市中央町1番1号	
	電話番号	0947 - 44 - 2000				
受けた療養について	個人番号					
	氏名	田川 太郎	田川 花子			
	生年月日	昭平・令 00 年 00 月 00 日	昭平・令 00 年 00 月 00 日	昭平・令 年 月 日		
	続柄	本人	妻			
	保険区分	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	一般・高齢者	一般・高齢者	一般・高齢者		
	病院等	名称				
	所在地					
	事故等該当	有・無	有・無	有・無		
	入院・外来	入院・外来・その他	入院・外来・その他	入院・外来・その他		
傷病名						
期間	月 日から 日まで( 日分)	月 日から 日まで( 日分)	月 日から 日まで( 日分)			
支払額	円	円	円			
他制度負担						
受取方法	振込先	銀行		支店		
口座振替・現金	金融機関コード			口座名義人 フリガナ		
	普・当 No.					

課税状況	一般	ア・イ・ウ・エ・オ	高齢者	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ	多数該当	該当	非該当
高齢者 外来	一部負担金	自己負担限度額	貸付額	支給額	高額該当月		
	円	円	円	円	年	月	
高齢者 世帯	総医療	外来精算後一部負担金	自己負担限度額	支給額	年	月	
	円	円	円	円	年	月	
世帯	総医療	高齢精算後一部負担金	自己負担限度額	貸付額	支給額		
	円	円	円	円	円		
支給日	令和 年 月 日		支給額合計	円			

受付