

国民健康保険高額療養費支給申請書

(全体分)

整理No.

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。

平成 年 月 日

被保険者証の記号番号		100 - 200		診療年月	平成 26 年 1 月診療分				
申請者	世帯主	住所	田川市中央町1番1号		連絡先				
		氏名	田川太郎		(TEL) 0947(44)2000				
受けた療養について	被保険者	氏名	田川太郎	田川花子					
		生年月日	昭和・平成 35年 10月 1日	昭和・平成 38年 1月 31日	昭和・平成 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	〇〇病院	□□医院					
		所在地	田川市××町10番10号	田川市大字△△100番地					
	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			
	期間	10月3日から 29日まで(3日分)		10月5日から 29日まで(25日分)		月 日から 日まで(日分)			
支払額	円		円		円				
受取方法		振込先	▽△ 銀行		○× 支店				
口座振替・現金	金融機関コード		1	2	3	フリガナ			
	普・当 No.	1	2	3	4	5	6	7	名義(世帯主)
課税状況	一般	ア・イ・ウ・エ・オ		高齢者	一定以上・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ				
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				
通知日	平成 年 月 日	支給日	平成 年 月 日	支給額合計	円				
						受付			