

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		002	-	001	診療年月	平成・令和 1 年 10 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 - 85 - 7147					
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 21 年 9 月 9 日	昭・平・令 60 年 3 月 21 日	昭・平・令	年	月	日
	続柄	本人		子			
	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	
	名称	〇×病院		〇×医院			
	所在地	田川市〇〇町		田川市××町			
	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	狭心症		ヘルニア				
期間	10 月 3 日から 20 日まで(3 日分)		10 月 15 日から 31 日まで(17 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	福岡 銀行			伊田 支店		
	金融機関コード				口座名義人 フリガナ		
	口座振替・現金	1 2 3 4 5 6 7			タガワ タロウ		

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