

国民健康保険高額療養費支給申請書

津南町長 様

年 月 日

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

申請者（世帯主）

・ 個人番号

・ 住所

・ 氏名

・ 電話

印

(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	一般	一般		
(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	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）	1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）		
(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・入院外の区分				
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間	日間	日間		
(13) 病院等で支払った金額	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を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）

70歳以上高額療養費

高年齢者外来	高年齢者世帯合算
外来一部負担金 円	高年齢者世帯一部負担金 円
外来自己負担限度額 円	自己負担限度額 円
外来高額療養費 円	高年齢者世帯高額療養費 円
外来現物給付 円	入院現物給付 円
高年齢者外来支給額 円	高年齢者世帯支給額 円

国保世帯全体

70歳未満一部負担金相当額	円
高年齢者世帯計算後負担額	円
世帯自己負担限度額	円
世帯高額療養費	円
現物給付（70歳未満）	円
世帯支給額	円
国保世帯支給額	円

※限度額は制度上の限度額を表示しています。

特例該当有無 無

既支給決定額 円	世帯差引支給額 円	世帯最終支給額 円
----------	-----------	-----------

振込の預金口座へ	振込先金融機関名	本店支店名	委任状	受任者住所
	口座種目	口座番号		受任者氏名
	フリガナ			委任者氏名（申請者）
	口座名義人			支給金額の受領を上記の者に委任します。 令和 年 月 日

第三者行為（交通事故等）の有無 有 無（どちらかに○を記入）