

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号

吉野町長

申請者（世帯主）

- ・ 個人番号
- ・ 住所

- ・ 氏名
- ・ 電話
- ・ 被保険者証記号
- ・ 被保険者証番号

印

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		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・外来の区分					
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間		年 月 日から	同月 日	日まで	日間
(13) 病院等で支払った金額					
(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)

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					
支払場所		振込先	金融機関		
			口座種目	口座番号	
支払期間	( )		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