

国民健康保険高額療養費支給申請書

① 被保険者証の記号・番号	寿 号	課税世帯	回目
② 診療月	年 月 診療分	非課税世帯	世帯合算
③ 療養を受けた被保険者氏名			
④ 療養を受けた被保険者生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
⑤ 世帯主との続柄			
⑥ 傷病名			
⑦ 療養を受けた保険医療機関の名称及び所在地	名称		
	所在地		
⑧ 療養を受けた期間・日数	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
⑨ ⑧の期間に受けた療養に対し病院等で支払った金額	円	円	円
被保険者区分	一般 退職 本人・被扶養者	一般 退職 本人・被扶養者	一般 退職 本人・被扶養者
⑩ 受け取り希望の金融機関名・口座番号	銀行 金庫	普通 支店 当座	口座番号
上記のとおり申請します。			
令和 年 月 日			
世帯主 住所 寿都町字 町 番地			
氏名 印			
寿都町長 片岡春雄 様			

決 定 欄	次のとおり高額療養費支給額を決定する。		副町長	課長	係長	係
	決定年月日	支給決定金額				
	令和 年 月 日	円				
審 査 決 定 額 調 書						
A 費用額	B 保険者負担額 (A-D) × 割	C 一部負担金 A-D-B	D 他法負担額	E 1%の額	F 自己負担額	G 差引支給額 C-(E+F)
備考						