

《記載例》 黒のボールペンで記入してください。

該当診療月を記入してください。

国民健康保険高額療養費支給申請書 (〇年〇月診療分)

世帯主の住所・氏名・電話番号を記入してください。

西脇市長 様 令和 年 月 日

世帯主 (申請者)	住所	西脇市 〇〇町 △△番地△ (電話 〇〇 - 〇〇〇〇)	
	氏名	国 保 太 郎	被保険者 番 号 280149 〇〇〇〇〇〇
	個人番号		

保険証の右上の番号を記入してください。

口座振込ご希望の場合は、「口座振込」に○をつけ、世帯主名義の口座の金融機関名、店名、預金種別、口座番号(7桁)、口座名義人(カタカナ)をご記入ください。

次のとおり、高額療養費の支給を申請します。
なお、高額療養費に該当する医療費に係る一部負担金については、未納等がないことを誓約します。

世帯課税状況	上位所得	課税	非課税	所得状況	現	・一般・低Ⅱ・低Ⅰ
多数該当の状況	ア	イ	ウ	エ	記入しないでください。	
口座振込	銀行	本店	預金種別	当座	普通	貯蓄
窓 口	農協	支店	口座番号	〇〇〇〇〇〇		
	信用金庫		口座名義人	コクホ タロウ		
	信用組合		(カタカナで)			

7桁の口座番号を記入してください。ゆうちょ銀行の場合は、振込専用の口座番号を記入してください。

窓口払いをご希望の場合は、「窓口」に○をしてください。

申請書内訳

①	療養を受けた被保険者氏名	昭和・平成・令和 年 月 日生	一般前期	区分	一般
	個人番号				
	病院等の名称	院	療養期間	日から	日まで
	一部負担金	円		日間	
②	療養を受けた被保険者氏名	昭和・平成・令和 年 月 日生	一般前期	区分	一般
	個人番号				
	病院等の名称	外来・入院	療養期間	日から	日まで
	一部負担金	円		日間	
③	療養を受けた被保険者氏名	昭和・平成・令和 年 月 日生	一般前期	区分	一般
	個人番号				
	病院等の名称	外来・入院	療養期間	日から	日まで
	一部負担金	円		日間	

交通事故等の第三者行為による負傷等で診療を受けた場合は、「有」に○をつけてください。

交通事故等の第三者行為に該当する 有・無 (自己負担限度額 円)

下記のとおり決定します。

未納保険税	有・無	医療機関 支払確認済	印	支給決定額	円
-------	-----	---------------	---	-------	---

備考欄	決定日	課長	主査等	担当
	決裁			