

国民健康保険高額療養費支給申請書（令和 年 月診療分）

西脇市長 様

令和 年 月 日

世帯主 (申請者)	住所	西脇市 (電話)		
	氏名		被保険者 番号	280149
	個人番号			

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	前期高齢者所得状況	現 ・ 一般 ・ 低Ⅱ ・ 低Ⅰ								
	ア ・ イ	ウ ・ エ	オ										
多数該当の状況	年 月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
口座振込 窓 口	銀行	本店 支店	預金種別		当 座 ・ 普 通 ・ 貯 蓄								
	農協		口座番号										
信用金庫			口座名義人 (カタカナで)										
信用組合													
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する													

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	外来 ・ 入院	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			
決裁	課 長	主査等	担 当