

# 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	銀行	本店	預金種別		当座・普通・貯蓄						
		支店	口座番号								
窓口	信用金庫 信用組合	口座名義人 (カタカナで)									

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