

《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 (○ 年 ○ 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 ○○町 △△番地△ (電話 ○○ -○○○○)	
	氏名	国 保 太 郎	被保険者番号 280149 ○○○○○○○
	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	世帯主所得状況	現	一般・低Ⅱ・低Ⅰ				
	ア・イ	ウ・エ								
多数該当の状況	年	月	記入しないでください。		7	8	9	10	11	12
口座振込	<input checked="" type="checkbox"/>		銀行	本店	預金種別	当座・普通・貯蓄				
	<input type="checkbox"/>		農協	<input checked="" type="checkbox"/> 支店	口座番号	○○○○○○○				
窓	<input type="checkbox"/>		信用金庫		口座名義人 (カタカナで)	コクホ タロウ				
	<input type="checkbox"/>		信用組合							
	<input type="checkbox"/>		公金受取口座を利用する							

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			