

国民健康保険高額療養費支給申請書(年 月診療分)

① 被保険者証の 記号番号									-					② 世帯主の 氏名								
③ 療養を受けた者の 氏名・続柄											続柄()											続柄()
④ 療養を受けた者の 個人番号																						
⑤ 療養を受けた者の 生年月日											年 月 日											年 月 日
⑥ 傷病名																						
⑦ 療養を受けた 病院・診療所等 の名称及び所 在地	名称																					
	所在地																					
⑧ ⑦の病院等で診療を 受けた期間	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 病院等で支払った額																						
⑩ 他の制度により自己負 担額又はその一部の 支給を受けられるか	制度名 費用徴収の額										円	制度名 費用徴収の額										円
⑪ 今回申請の診療月以 前12ヶ月以内に高額 療養費の支給を3回以 上受けた場合、その直 近の診療月	年 月 診療分											年 月 診療分										
口座	銀行 金庫 組合										普通	支店 支所 出張所										
	口座 番号										口座名義人 (カナ)											

以下の項目に同意したうえで、申請します。

1. 本申請にあたり、世帯主及び世帯員の個人番号(マイナンバー)が不明な場合は、白杵市が住民基本台帳から確認することに同意します。
2. 本申請にあたり患者負担分の支払い状況及び、必要な市税に関する調査について同意します。
3. 再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されることを同意します。
4. 国保税の滞納があるときは、充当して残額があれば支給となることに同意します。

(あて先) 臼杵市長 年 月 日

世帯主	住所	臼杵市
	氏名	
	電話番号	

市 処 理 欄	費用額	保険者負担	高額療養費	自己負担額	その他負担額	備考
支給決定額					円	

区分	一・退(本・扶) ア・イ・ウ・エ・オ	高 Ⅰ・Ⅱ・一般・一定	国 保 税	未納 有・無	納税相談 有(窓口)・無
----	-----------------------	----------------	-------------	-----------	-----------------