

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号

天草市長 中村五木様

年 月 診療分を下記のとおり申請します。		申請日	令和	年	月	日
申請者（世帯主）	⑩		電話	（ ）		
〒	住所					
被保険者証記号・番号	個人番号					

振込先	金融機関名					
	支店名					
	口座種目	口座番号				
	口座名義人					

委任欄	※世帯主と口座名義人が異なる場合に記入してください。					
	上記口座名義人への振り込みを了承します。					
	申請者（世帯主）	令和	年	月	日	
	住所					
	氏名	⑩				

70歳以上高額療養費				国保世帯全体	
高齢者外来		高齢者世帯合算		70歳未満一部負担金相当額	円
外来一部負担金	円	高齢世帯一部負担金	円	高齢者世帯計算後負担額	円
外来自己負担限度額	円	自己負担限度額	円	世帯自己負担限度額	円
外来高額療養費	円	高齢者世帯高額療養費	円	世帯高額療養費	円
外来現物給付	円	入院現物給付	円	現物給付（70歳未満）	円
高齢者外来支給額	円	高齢者世帯支給額	円	世帯支給額	円

課税区分 (70歳以上)	課税区分 (世帯全体)	多数回	特例対象	長期調整額	調整額	既支給決定額	支給予定額
				円	円	円	円

処理欄	受付印	(a) 70歳未満一部負担金	高額療養費計算額	備考	
		(b) 前期高齢者一部負担額	I 高額療養費支給決定額		
		(a) + (b) 世帯負担額	II 前期高齢者払い戻し額		
		限度額	I + II 高額療養費支給額合計	重度・子育て返還額	担当者

以下の診療等に、交通事故等の第三者行為に該当するものがありますか。

(はい ・ いいえ)

年 月 診療分

No.	被保険者の氏名	被保険者の 生年月日	一般・退職	入院・外来	病院・診療所・薬局等の名称	一部負担金 (点数)
	個人番号	続柄	給付の種類	日数	病院・診療所・薬局等の所在地	
1						円
2						円
3						円
4						円
5						円
6						円
7						円
8						円
9						円
10						円
11						円
12						円
13						円
14						円
15						円