

国民健康保険高額療養費支給申請書 兼 請求書

宇土市長 様

太枠内の記入をお願いします

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 (世帯主名)		〒		住所		電話番号	
被保険者証記号・番号				個人番号			
裏面の診療等に、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
振込先 (世帯主名義) ※ 振込先が世帯主 口座でない場合は委 任状が必要です。	金融機関名	銀行 ・ 農協 ・ 信金 ・ 労金					
	支店名	支店 ・ 支所					
	口座種目	普通 ・ 当座	口座番号				
	口座名義人 (カタカナ)						

***市処理欄 (記入しないでください)**

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

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

既支給額	円	支給決定額	円	差引支給額	円
------	---	-------	---	-------	---

市 処 理 欄	領収書不足時 追加申請予定 (有□ ・ 無□)	受 付 印