

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

被保険者証 記号・番号	—	
療養を受けた 被保険者の氏名		
(生年月日)	( 年 月 日)	( 年 月 日)
世帯主との続柄	本人・妻・夫・子・( )	本人・妻・夫・子・( )
資格区分	一般・退本・退扶 未就学・高齢8割・高齢7割	一般・退本・退扶 未就学・高齢8割・高齢7割
発病の原因	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 他人の行為(第三者行為)によるもの	<input type="checkbox"/> 一般疾病 <input type="checkbox"/> 他人の行為(第三者行為)によるもの
保険医療機関等		
入院外来の別	入院 ・ 外来	入院 ・ 外来
医療費の額	円	円
一部負担金の額	円	円
個人番号		
70歳未満世帯合計金額	円	前期高齢者
前期高齢者自己負担額	円	同じ月内の入院の有無(有・無)
世帯総合計金額	円	現役Ⅰ 現役Ⅱ 現役Ⅲ 一般 低所得Ⅰ 低所得Ⅱ
<input type="checkbox"/> 前回申請口座を利用する(口座情報の記入は不要です。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する(下記口座情報を記入してください)。 <input type="checkbox"/> 公的受取口座を利用する(口座情報の記入は不要です)		世帯合算 多数該当
銀行 本店 金庫 支店 農協 支所 信漁連		
口座番号	(普通・当座)	70歳未満
		ア イ ウ エ オ
(ふりがな) 口座名義人		世帯合算 多数該当
<p>上記のとおり高額療養費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日 世帯主 住所</p> <p>氏名 ㊟</p> <p>電話番号</p> <p>釜石市長様 個人番号(有・無)</p>		