

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 診療分

①被保険者証記号・番号		世帯主個人番号	
②療養を受けた方の氏名・生年月日・世帯主との続柄		個人番号	
③給付対象医療費		円	
④療養を受けた病院薬局等の名称			
⑤療養期間		年 月 日 から 日まで 日間	
⑥療養に対して病院等で支払った金額		円	
⑦世帯限度額		円	
⑧支給申請額 (⑥－⑦)		円	
⑨備考			
⑩交通事故等の第三者行為		有 ・ 無	

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

申請者

住所

世帯主氏名

印

電話番号

湯梨浜町長 宮脇 正道 様

***** 【以下、役場記入欄】 *****

< 窓口確認欄 >

発送月	年 月 No.
債権者登録	有り (番号)
領収書確認日	. .
*領収書不足	減額説明 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済
第三者行為	⑩欄に記入
確認者名	

< 健康推進課確認欄 >

<input type="checkbox"/> 領収書確認	<input type="checkbox"/> 台帳転記
<input type="checkbox"/> 一覧作成	<input type="checkbox"/> システム入力
<input type="checkbox"/> 減額・領収書不足 有・無	
担当者 確認印	