

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

被保険者証の 記号番号		珠	世帯区分	○一般 ・ 退職 ・ 混合			
療養を 受けた 被保険 者	氏名						
	個人番号						
	区分	未就学児 ・ 一般 ・ 70歳以上 退職(本人 ・ 被扶養者)	未就学児 ・ 一般 ・ 70歳以上 退職(本人 ・ 被扶養者)	未就学児 ・ 一般 ・ 70歳以上 退職(本人 ・ 被扶養者)			
療養を 受けた 病院等	名称						
	所在地						
傷病名							
療養期間		日から 日まで 日間	日から 日まで 日間	日から 日まで 日間			
上記期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額		入院 外来 円	入院 外来 円	入院 外来 円			
特定給付対象 療養費支払額		円	円	円			
所得 区分	ア・イ・ウ・エ・オ 現役Ⅲ ・ 現役Ⅱ ・ 現役Ⅰ 一般 ・ 低Ⅱ ・ 低Ⅰ	当該高額療養費に係る療養があった月以前の12月間に受けた療養について県内市町より令第29条の2第1項から第4項までの規定による高額療養費が支給されている月数が3月以上あるときはその療養があった年月			1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月		
	単独 ・ 合算 ・ 多数該当						
振 込 先	金融 機関名	銀行 庫協 金農 信漁連 ()		支店・本店 ()	預金 種別	普 通 座 ()	
	口座番号	口座名義人 (カタカナ)					
<p>(宛先)珠洲市長</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 _____</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">電話番号 _____</p>							
支給決定の 額の 算出	法定費用額	公費負担額	保 険 者 負 担 額	自 己 負 担 額	自 己 負 担 限 度 額	支給決定額	左の額を一般と退職に按分した額
	一般						
退職							

代理権の確認		身元確認(世帯主、被保険者本人又は代理人)			番号確認	
<input type="checkbox"/> 本人の被保険者証等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> システム(同一世帯確認) <input type="checkbox"/> その他()	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 職員面識(担当者: No. ())	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> システム <input type="checkbox"/> その他		
	2点	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 診察券 <input type="checkbox"/> No. ()	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳・証書 <input type="checkbox"/> No. ()	<input type="checkbox"/> 預金通帳・キャッシュカード <input type="checkbox"/> その他()		