

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月 診療分)

被保険者証の記号		遠 別	被保険者証の番号			
① 診療を受けた 被保険者名	住 所	天塩郡遠別町字		世帯主との続柄		性別
	氏 名			年 月 日 (歳)		
	個人番号					
	氏 名			年 月 日 (歳)		
	個人番号					
② 傷病名				③ 診療を受けた 期間と日数	自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日 (日間)	
④ 療養を受けた病院、診療所、薬局 その他の者の名称及び所在地		所在地				
		名 称				
⑤ ③の期間に受けた療養に対し病院に支払った額		金		円		
⑥ ※高額療養費の支給を受ける保険給付の区分		法第36条(療養の給付) 法第54条(療養費) 法第56条(差額支給)	⑦ 科 別 (入院通院別)	<input type="checkbox"/> 医科	<input type="checkbox"/> 歯科	
				<input type="checkbox"/> 入院	<input type="checkbox"/> 通院	
医療費の支払方法		<input type="checkbox"/> 現金払 <input type="checkbox"/> 口座払	金融機関名	<input type="checkbox"/> 稚内信用金庫 <input type="checkbox"/> るもい農協 <input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行	支店 支所 店	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		口座番号	名義人			
⑧ 備 考					第三者行為	有・無
⑨ 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 世帯主住所 遠別町字 _____ 氏 名 _____ 印 個人番号 _____ 遠別町長 様						
⑩ 上記の申請金額を _____ に委任します。 令和 年 月 日 世帯主住所 遠別町字 _____ 氏名 _____ 印 遠別町長 様						
※上記申請に基づく高額療養費の支給額は、下記調書のとおりである。						
調書	審 査 決 定 額					
	療養に要した費用額	保険者負担額	一部負担額	窓口負担額⑪	自己負担額⑫	⑪-⑫ 差引支給額
支給金額		金		円		
領収証済	上記支給額を正に領収しました。 令和 年 月 日 受領者氏名 _____ 印 殿					