

国民健康保険高額療養費支給申請書 (年 月診療分)

被保険者証記号番号		該当世帯区分		一般・退職者・混合	
療養を受けた被保険者の氏名及び個人番号等	氏名				
	個人番号				
療養を受けた病院等の名称及び所在地	名称				
	所在地				
傷病名					
療養期間		年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	
上記の期間に受けた療養に対し病院等へ支払った額又は費用徴収された額		円	円	円	
他の制度による自己負担額相当額又はその一部の支給が受けられるかどうか等の状況		受けられる (制度名) (費用徴収-有(現物・償還)・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収-有(現物・償還)・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収-有(現物・償還)・無) 受けられない	
第三者行為(交通事故等)の有無		有・無		有・無	
算定区分		今回申請の高額療養費に係る療養があった月以前の1年間に受けた療養について高額療養費の支給を既に3回以上受けた場合にはその療養があった年月及び支給額		診療年月	支給額
課税 非課税	単 世帯 多数 長期 疾病			前回	円
				前々回	円
				前3回	円
振込先	銀行 店 信用金庫 支 農協 所		普通口座番号 フリガナ 当座 名義人		
<p>上記のとおり申請します。なお、同月、世帯内に地方単独事業により、一部負担金の一部又は全額を公費で現物給付されている者がおり、当該公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合には、その受領方を公費負担者へ委任します。</p> <p><u>また、この申請に伴い世帯全体の税等関係書類を調査されることに承諾します。</u></p> <p>年 月 日</p> <p>住所 中能登町 世帯主 氏名 (印) 個人番号 (電話番号)</p> <p>中能登町長様</p>					

事務処理欄

代理権の確認		身元確認(本人又は代理人)				番号関係	
<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"/> その他()	1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> プレ印字書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他()	<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"/> その他()	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他()				