**国民健康保険高額療養費支給申請書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | | | | 上ノ国 | | | | | 年月診療分 | | | 交通事故等の有無 | |
| 有・無 | |
| 療養を受けた被保険者の氏名・生年月日 | | | | 療養を受けた医療機関の名称及び所在地 | | | | | 診療区分 | | 療養を受けた期間 | 医療機関に支払った一部負担金額 | |
| 一般  退本  退扶 | 年月日生 | | |  | | | | | 入院  ・  外来 | |  | 円 | |
| 個人番号 |  | | |  | | | | |  |
| 一般  退本  退扶 | 年月日生 | | |  | | | | | 入院  ・  外来 | |  | 円 | |
| 個人番号 |  | | |  | | | | |  |
| 一般  退本  退扶 | 年月日生 | | |  | | | | | 入院  ・  外来 | |  | 円 | |
| 個人番号 |  | | |  | | | | |  |
| 合計 | | | | | | | | | | | | 円 | |
| 振込先口座 | | 金融機関名 | | | 店名 | | | 種別 | | | 口座番号 | 口座名義（カナ） | |
|  | | |  | | | 普通  当座 | | |  |  | |
| 上記のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  | 申請日　　　　　　　 年　　　　月　　　　日 | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | 住所　　上ノ国町字 | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | 世帯主氏名　　　　　　 印 | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | 個人番号 | | | | | |  |
|  | | |  | | |  | 電話番号 | | | | | |  |
|  | | |  | | |  |  | | |  | | |  |
| なお、上記申請金額の受領について、口座名義人に委任します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯主氏名 印 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |