

※支払方法：窓口支払・銀行振込(下記に口座情報をご記入ください)

銀行名 _____ 支店 _____

口座番号(普通・当座) _____

口座名義人 _____

債権者番号()

区	一般	退職	混合
分			

係	係長	課長補佐	参事	課長

国民健康保険高額療養費支給申請書

築上町長様

次のとおり申請します。

(平成 _____ 年 _____ 月診療分)	
申請日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
住所	築上町大字 _____ 番地
世帯主氏名	_____ 印
主個人番号	_____
(電話番号)	_____ - _____
被保険者の記号・番号	132 - _____

No	受診者氏名	生年月日	一・退	前・高	療養を受けた医療機関の名称	本人負担額	入・外	第三者	個人番号
①						円		有・無	
②						円		有・無	
③						円		有・無	
④						円		有・無	
⑤						円		有・無	
⑥						円		有・無	
⑦						円		有・無	
⑧						円		有・無	
⑨						円		有・無	
⑩						円		有・無	
⑪						円		有・無	
⑫						円		有・無	
⑬						円		有・無	
⑭						円		有・無	

上記のものについて、下記のとおり決定してよろしいか伺います。

課税状況		過去1年間の高額療養費支給回数			
No	療養に要した費用額(A)	一部負担金(B)	公費費用徴収額(C)	高額療養費支給決定額(B+C)	
①	円	円	円		
②					
③					
④					
⑤					
⑥					
⑦					
⑧					
⑨					
⑩					
⑪					
⑫					
⑬					
⑭					
計	円	円	円	円	
高額療養費貸付額	円	支払通知年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	保険料	担当者
差引支給額	円	支給年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		