

国民健康保険高額療養費支給申請書

①被保険者証の記号番号	吉野川		年 月 診療分
②療養を受けた者の氏名			
(個人番号)			
③療養を受けた者の生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
④世帯主との続柄			
⑤退職被保険者等該当の有無	一般・退職・前期	一般・退職・前期	一般・退職・前期
⑥疾病名			
⑦療養を受けた病院等の名称及び所在地			
⑧⑦の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
⑨病院等で支払った額	円 ()	円 ()	円 ()
⑩他の制度による自己負担限度額又はその一部の支給を受けられるかどうか	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない
⑪算定区分	課税・非課税		世帯合算・多数該当
⑫振込金融機関	本・支店名	預金種別	口座番号
銀行 信用金庫 農協	本・支店	普・当	
口座名義人氏名 (かかけで記入)			
<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、一部負担金額のうち、全部または一部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いたします。</p> <p>住民税の課税状況等の調査及び確認については異議ありません。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日 吉野川市</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住 所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏 名 _____</p> <p style="text-align: right;">電 話 番 号 _____</p> <p style="text-align: right;">個 人 番 号 _____</p> <p>吉野川市長 殿</p>			

来庁者の身元 (実存) 確認欄

*顔写真ありの公的機関発行の身分証明書 (1点でよい)

個人番号カード ・ 住基カード ・ 運転免許証 ・ パスポート ・ 身体障害者手帳 ・ 在留カード

*顔写真なしの公的機関発行の身分証明書 (2点以上必要)

健康保険被保険者証 ・ 介護保険証 ・ 各種医療受給者証 ・ 年金手帳 ・ その他 ()

1 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : その他 (自損事故・疾病等) ※傷病の原因が交通事故等の場合、国民健康保険係までご連絡ください。