

国民健康保険高額療養費 支給申請書

(平成〇〇年〇〇月診療分)



被保険者の記号番号	0 1 2 3 4 5 6 7	世帯主の氏名	神 石 太 郎		
療養を受けた者の氏名	1 神 石 花 子	2	3		
療養を受けた者の個人番号	1 000000000000	2	3		
療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 〇〇年〇月〇〇日日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 月 日		
① 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称	〇〇〇〇病院			
	所在地	福山市			
② ①で療養を受けた期間	〇〇年〇〇月〇〇日～ 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇日間	年 月 日～ 年 月 日 日間	年 月 日～ 年 月 日 日間		
③ ②の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	() 円	() 円	() 円		
④ 他の制度により自己負担額相当額又はその一部の支給を受けたかどうか	受けた (制度名) (費用徴収の有 無) 受けない	受けた (制度名) (費用徴収の有 無) 受けない	受けた (制度名) (費用徴収の有 無) 受けない		
⑤ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月	診療月 1 年 月 診療分	2 年 月 診療分	3 年 月 診療分		

上記のとおり申請します。

平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

世帯主

住所

広島県神石郡神石高原町小島2025番地

氏名

神 石 太 郎



神石高原町長様

個人番号

000000000000

必ず押印お願いします。

費用額 保険者負担額 割 被保険者負担額 割 被保険者負担限度額 支給決定額

円 円 円 円

支給決定について

支給可否	承認	支給承認額	円
	不承認	不承認理由	
支給決定年月日	平成 年 月 日		

支給(不支給)決定通知への公印の押印承認

本 庁	町 長	副町長	課 長	課長補佐	係 長	係 員	担当者	本庁受付欄
	摘 要							
支 所	支所長	課 長	課長補佐	係 長	係 員	担当者	支所受付欄	
	摘 要(受付処理の状況)							

国民健康保険 請求書

記入例

請求金額 金 _____ 円

但し、国民健康保険給付金として、上記金額を請求します。

内訳
該当○印

- | | |
|----------|------------------|
| ①出産育児一時金 | ⑤移送費 |
| ②高額療養費 | ⑥食事療養標準負担額減額差額支給 |
| ③療養費 | ⑦国民健康保険税還付金 |
| ④特別療養費 | ⑧その他「 _____ 」 |

請求者住所 **神石高原町小畠2025番地**

(世帯主)

氏名 **神石太郎**

必ず押印をお願いします。

印

神石高原町長様

希望振込先 口座番号

必ず申請者（世帯主）名義の金融機関口座をご記入ください。

※次の欄に振込口座名をご記入ください。

金融機関名

神石高原

銀行
農協
信組
信金

支店・支所名

神石高原

支所
支店

口座番号

9 8 7 6 5 4 3

口座名義（世帯主名）

カナ ジンセキ タロウ

神石太郎