

国民健康保険高額療養費 支給申請書
(平成 年 月診療分)

被保険者の記号番号		世帯主の氏名	
療養を受けた者の氏名	1	2	3
療養を受けた者の個人番号	1	2	3
療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 年 月 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		
	所在地		
② ①で療養を受けた期間	年 月 日～ 年 月 日 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 年 月 日

世帯主 住所 広島県神石郡神石高原町

氏名 ⑨

神石高原町長様

個人番号

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

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
(世帯主)
氏名 ㊟

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	支店・支所名	口座番号	口座名義（世帯主名）
<input type="text"/>	<input type="text"/> 支所 支店	<input type="text"/>	<input type="text"/> カナ