

720-0000
広島県神石郡神石高原町〇〇1234番地

神石 太郎 様

記入例

赤字の部分を記入してください。

1枚目

番号 0000000000

国民健康保険高額療養費支給申請書

神石高原町長

平成〇〇年〇〇月診療分を下記のとおり申請します。

また、私が支給申請を行った高額療養費について、その対象となる医療機関での診療に対する医療費等は、すべて支払済みであることを誓約し、本件について不明な点があれば、神石高原町が医療機関へ支払状況等を確認することに同意します。この誓約の内容が事実と反する場合は、高額療養費の支払いが行われないこと及び虚偽の申請に対する罰則が適用されることを了承します。

なお、神石高原町が実施する福祉医療費助成制度により助成を受けている場合で、本件により支払われる高額療養費のうち、神石高原町が負担している金額がある場合は、その金額について神石高原町長へ受領を委任し、その金額を除いた金額で支払いを受けることに同意します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

署名の場合は押印省略可

世帯主 住所 広島県神石郡神石高原町〇〇1234番地

電話番号 0847 (89) 0000

氏名 神石 太郎

個人番号 (0000 0000 0000)

(1) 被保険者の記号・番号	12345678	12345678		
(2) 被保険者の個人番号	00000000000000	11111111111111		
(3) 氏名	神石 太郎	神石 花子		
(4) 傷病名	レセプト記載の通り	レセプト記載の通り		
(5) 発症又は負傷の理由	1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)	1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)	1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)	1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)
(6) 病院等の名称及び所在地	名称	〇〇病院	〇〇〇内科	
	所在地	神石高原町〇〇9999番地	神石高原町〇〇8888番地	
(7) 入院・外来の区分				
(8) (6)の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 1日間	年 月 日から 同月 日まで 1日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間
(9) 病院等で支払った金額	10,000 円	10,000 円	円	円

(10) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月		(11) 課税区分 (世帯全体)	(12) 課税区分 (70歳以上)	一般
--	--	---------------------	----------------------	----

国保世帯支給予定額	6,000 円
既支給決定額	0 円

支給予定額	6,000 円	-	調整額等(合計)	0 円	=	世帯差引支給予定額	6,000 円
-------	---------	---	----------	-----	---	-----------	---------

支給決定額	円
-------	---

世帯主名義の口座をお願いします。

[口座振込先] ※世帯主名義の口座

金融機関	〇〇〇〇	銀行 農協・信組・信金	口座種目	普通	口座番号	1111111
	〇〇〇〇	支店 支所	口座名義人 (カナ)	ジンセキ タロウ		