

国民健康保険高額療養費支給申請書

世帯主の住所・氏名	鷹栖町	私の世帯に係る高額療養費の支給について 下記のとおり申請します。また、本申請に係る必要事項を公簿等で確認することを了承します。		
	(氏名)	年 月 日	鷹栖町長 様	
保険証の記号・番号	鷹	年 月 診療分		
療養を受けた者の氏名 生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
一般・退職区分	一般・退本・退扶	一般・退本・退扶	一般・退本・退扶	
療養を受けた医療機関の住所名称				
療養の期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 年 月 日まで	年 月 日から 日間 年 月 日まで	
療養の区分	入院・外来・その他	入院・外来・その他	入院・外来・その他	
医療機関に支払った額	円	円	円	
高額療養費の受領方法	金融機関名		口座名義人	口座種別
(いずれかにレ印を) <input type="checkbox"/> 窓口で受け取ります <input type="checkbox"/> 右記の口座に振り込んでください	銀行・信用金庫 農協 店			普通 当座
この申請により支給される高額療養費の受領を次の者に委任します。				
受任 住所	-----	委任者 住所	-----	
者 氏名		氏名		㊞

第三者行為 (有・無)

上記申請について、次のとおり高額療養費を支給する (支給しない) こととして良いか伺います。

(決裁欄)

年 月 日決定

住民税課税区分				当診療分は 回目	自己負担限度額 円	
現役並み 課税上位	Ⅲ ア	Ⅱ イ	Ⅰ イ		一般 課税ウエ	低所得 非課税オ
	療養に要した費用額	保険者負担額	一部負担額 (A)	他法負担額 (B)	自己負担限度額 (C)	差引支給額 (A)-(B)-(C)
1枚						
2枚						
3枚						
世帯合算						
多数該当						
					支給決定額	
					円	
不支給とした事由						