

国民健康保険高額療養費支給申請書兼請求書

(令和 年 月 診療分)

被保険者の記号番号							
被保険者の個人番号							
氏名							
生年月日							
傷病名							
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)			
病院等の名称							
入院・外来の区分							
病院等で支払った金額							
今回申請の診療年月は以前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				課税区分 (世帯全体)			課税区分 (70歳以上)

申請(請求)額 _____ 円

上記のとおり申請し請求します。なお、上記のとおり医療機関等へ患者負担額(窓口支払額)について支払いをしたことに間違いありません。また、同月、世帯内に地方単独事業により一部負担金の一部又は全額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します。

申請日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

志賀町長 様

住所 志賀町 連絡先 _____

世帯主氏名 _____ 個人番号 _____

受取方法	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する		<input type="checkbox"/> 前回と同じ口座を希望する		<input type="checkbox"/> 窓口払い
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(町内在住の方に限り利用できます。)				
振込先	銀行 信用金庫 農協 信漁連	本店 支店	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他	
	口座番号				
	口座名義人 (カタカナ)				

※申請者(世帯主)と口座名義人が違う場合は、下記の委任承諾欄を記載して下さい。
この療養費の受領について、上記口座名義人 _____ に委任します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日 世帯主氏名 _____ (印)

今後、高額療養費に該当した場合、本申請書の内容を基に支給します。ただし、世帯構成等に変更があった場合や保険税に滞納がある場合はその限りではありません。

領収書確認済	
受付者印	