

国民健康保険高額療養費支給申請書
(令和 年 月診療分)

受付印

① 被保険者証の 記号・番号	宇城 一	② 世帯主の氏名				
③ 療養を受けた者の 氏名						
④ 療養を受けた者の 個人番号						
⑤ 療養を受けた者の 生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日			
⑥ 世帯主との 続柄						
⑦ 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					
⑧入院・通院の別 ⑥の病院等で療養 を受けた期間	入院・通院 令和 年 月 日 から 同 月 日 まで 日間	入院・通院 令和 年 月 日 から 同 月 日 まで 日間	入院・通院 令和 年 月 日 から 同 月 日 まで 日間			
	⑨の期間に受けた療 養に対し病院等で 支払った額	(円 点)	(円 点)	(円 点)		
⑩今回申請の診療月以前 の12月以内に高額療 養費の支給を3回以上 受けた場合、その直近 の診療月	1 令和 年 月 診療分	2 令和 年 月 診療分	3 令和 年 月 診療分			
⑪傷病原因	<input type="checkbox"/> 業務上の過失 <input type="checkbox"/> 第三者による加害行為 <input type="checkbox"/> その他					
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住所 氏名 印 TEL 個人番号 宇城市長様						
分類	一般	課税(ア・イ・ウ・エ) 非課税(オ)	前期 上位・一般 低Ⅱ・低Ⅰ	その他	世帯合算分	
	退職	課税(ア・イ・ウ・エ) 非課税(オ)		多数該当分	多数該当分	その他
支給決定額	一部負担金 (A) 円		負担限度額 (B) 円		支給決定額 (A-B) 円	
	計算					

受付職員氏名

⑩ *必ず記入すること