

国民健康保険高額療養費支給申請書

※担当者

(令和 年 月診療分)

記 号 番 号	奈 3 1		世 帯 主 名	
療 養 を 受 け た 者 の 氏 名				
療 養 を 受 け た 者 の 個 人 番 号 (マ イ ナ ン バ ー)				
療 養 を 受 け た 者 の 生 年 月 日	昭和・平成・令和	年 月 日	昭和・平成・令和	年 月 日
世 帯 主 と の 続 柄				
療 養 を 受 け た 病 院 等 の 名 称				
病 院 等 で 支 払 っ た 額	円		円	
他の制度より助成を受けられるか	受けられる (制度名) 受けられない		受けられる (制度名) 受けられない	
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	令和 年 月診療分			
適 用 区 分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ 現役Ⅲ ・ 現役Ⅱ ・ 現役Ⅰ ・ 一般 ・ 低Ⅱ ・ 低Ⅰ			
算 定				
支 給 決 定 額	円			
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 住 所 _____ 上牧町長 殿 氏 名 _____ 電話番号 ()				
金融機関名		種別	口座番号	口座名義
銀行	店	普 通 その他		