

様式第6号(第3条関係)
国民健康保険高額療養費支給申請書

小林市長 様

申請者(世帯主)

申請年月日: 年 月 日

- ・個人番号
- ・住所
- ・氏名
- ・電話
- ・被保険者番号

㊞

年 月診療分を下記のとおり申請し、請求します。

(1) 被保険者の記号・番号				
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 生年月日				
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主(組合員)との続柄				
(7) 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)
(8) 医療機関名				
(9) 医療費・療養費等の区分				
(10) 入院・外来の区分				
(11) (8)の病院等で治療を受けた日数				
(12) 病院等で支払った金額				
(13) 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			(14) 課税区分(世帯全体)	(15) 課税区分(70歳以上)

国保世帯支給額	円
既支給決定額	円

支給決定額	円	-	調整額等(合計)	円	=	世帯差引支給額	円
-------	---	---	----------	---	---	---------	---

備考	口座振替依頼欄			
	金融機関	銀行・信用金庫 農協・信用組合		
		本店・出張所 支店・本所		
	口座種目 (普通・当座・その他)		口座番号	
口座名義人(姓)				
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名捺印をしてください。)				
上記名義人口座への振込を了承します。				世帯主氏名 印