

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

## 第三者行為の有無【有・無】

被保険者証記号番号		小清水		受診(診療)年月		令和 年 月分			
NO	受診者氏名	療養を受けた病院・診療所・薬局等の所在地及び名称		療養を受けた傷病名・期間		左記の期間に受けた療養に対し支払った額		国保退職区分	備考
1	----- 男女 (名称)	(所在地)		(病名)		円		国保・退職 [ 本人・被扶養者 ]	領収書添付有
	昭・平・令 年 月 日生			月 日から 日間					
	世帯主との続柄	個人番号		月 日まで					
2	----- 男女 (名称)	(所在地)		(病名)		円		国保・退職 [ 本人・被扶養者 ]	領収書添付有
	昭・平・令 年 月 日生			月 日から 日間					
	世帯主との続柄	個人番号		月 日まで					
3	----- 男女 (名称)	(所在地)		(病名)		円		国保・退職 [ 本人・被扶養者 ]	領収書添付有
	昭・平・令 年 月 日生			月 日から 日間					
	世帯主との続柄	個人番号		月 日まで					
4	----- 男女 (名称)	(所在地)		(病名)		円		国保・退職 [ 本人・被扶養者 ]	領収書添付有
	昭・平・令 年 月 日生			月 日から 日間					
	世帯主との続柄	個人番号		月 日まで					
5	----- 男女 (名称)	(所在地)		(病名)		円		国保・退職 [ 本人・被扶養者 ]	領収書添付有
	昭・平・令 年 月 日生			月 日から 日間					
	世帯主との続柄	個人番号		月 日まで					
6	----- 男女 (名称)	(所在地)		(病名)		円		国保・退職 [ 本人・被扶養者 ]	領収書添付有
	昭・平・令 年 月 日生			月 日から 日間					
	世帯主との続柄	個人番号		月 日まで					
合 計						自負	0 円	限度額	0
								支給額	0

上記のとおり申請します。

住所 小清水町

令和 年 月 日

電話番号

小清水町長

殿

氏名

印

個人番号

市町村記入欄	支給申請額		高額療養費(世帯合算)対象額		被保険者(世帯)負担額			支払確定額		世帯合算		
	円		円		0 円			0 円		有・無		
	判定区分											
	判定区分											
支払方法	1. 振込 2. 窓口	振込銀行	銀行 信金 協同組合	本店 支店	口座 番号	口座 名義	. 普・当					
備考												