

整理番号		区分	一般・退・混合
------	--	----	---------

決裁	課長	課長補佐	主幹	担当

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 日

新宮町長殿

住所	糟屋郡新宮町		
氏名	世帯主	印	
TEL	()		
保険証の番号			

振込先	金融機関名	銀行・信組・信金 農協・労金		支店名	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所
	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他		フリガナ	
				口座名義人	

年 月 診療分を次のとおり申請します。

診療を受けた家族の氏名	① 男 女	② 男 女	③ 男 女
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
一般・退職・前期	一般・退職本人・退職家族 前期(一定以上・一般・低Ⅱ・低Ⅰ)	一般・退職本人・退職家族 前期(一定以上・一般・低Ⅱ・低Ⅰ)	一般・退職本人・退職家族 前期(一定以上・一般・低Ⅱ・低Ⅰ)
療養を受けた医療機関等	名称 住所		
病院等で支払った金額及びその原因	円 入院・外来 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)	円 入院・外来 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)	円 入院・外来 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)
国保以外の他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるか	I. 受けられる 制度名 徴収額 円 II. 受けられない	I. 受けられる 制度名 徴収額 円 II. 受けられない	I. 受けられる 制度名 徴収額 円 II. 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、直近の月から記入してください。			①②③の支払額合計
年 月 診療分	年 月 診療分	年 月 診療分	円

上記について、下記のとおり決定してよろしいか。

世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	<input type="checkbox"/> その他の世帯	過去1年間の高額療養費支給回数	<input type="checkbox"/> 3回以上	<input type="checkbox"/> 3回未満		
算定基礎	No	費用額 A	保険者負担額	一部負担額 A× 0.1 0.2 0.3	公費負担額	個人負担額	高額負担額
	①	円	円	円	円	円	円
	②	円	円	円	円	円	円
	③	円	円	円	円	円	円
	計	円	円	円	円	円	円
基金貸付金			保	<input type="checkbox"/> 完納	備考		
差引支給額		円	險				
支給年月日		年 月 日	税	<input type="checkbox"/> 未納			