

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証記号番号		岩内				受診(診療)年月		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				療養を受けた期間 (日数)		左記の期間に受けた療養に対し支払った額		一般 退職 区分	備考
1	個人番号					年 月 日から 年 月 日まで (日間)	円	一般・ 退職 (本人) (被扶)			
	男・女	(所在地)									
	年 月 日	(名称)									
	世帯主との続柄	入院・入院外		※医・歯・調・その他							
2	個人番号					年 月 日から 年 月 日まで (日間)	円	一般・ 退職 (本人) (被扶)			
	男・女	(所在地)									
	年 月 日	(名称)									
	世帯主との続柄	入院・入院外		※医・歯・調・その他							
3	個人番号					年 月 日から 年 月 日まで (日間)	円	一般・ 退職 (本人) (被扶)			
	男・女	(所在地)									
	年 月 日	(名称)									
	世帯主との続柄	入院・入院外		※医・歯・調・その他							

上記のとおり申請します。なお、高額療養費の決定等に必要があるときは、被保険者全員の税情報を受領委任する医療機関等に対し、情報提供することにつき異議はありません。

年 月 日

(個人番号)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(世帯主住所) 岩内町字

(世帯主氏名)



(電話)

岩内町長 様

※上記申請に基づく高額療養費の支給額は、下記の調書のとおりである。

調書	審査決定額					
	療養に要した金額	保険者負担額	一部負担金	貸付分 他法負担額	自己負担額	差引支給額
	円	円	円	円	円	円
支給金額	金 円(貸付番号 )					
支払方法	窓口・口座振替	銀行名		口座番号		

受付印