

一般・退職 国民健康保険高額療養費支給申請書(年 月診療分)

被保険者証記号番号		氏名		世帯主 との続柄	
原 一		療養を受けた 被保険者		生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日生	
		個人番号			
① 療養を受けた病院・診療所 薬局等の名称及び所在地		名 称			
		所在地			
② ①の病院等で療養を受けた 期間		入 院		年 月 日から	
		外 来		同月 日まで 日間	
③ ②の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額				円	
診療費につき公費負担が ありますか(ありましたか)		ある		・ ない	
傷 病 の 原 因		□第三者の行為(交通事故等)		□第三者の行為(交通事故等)以外	
備 考					
<p>上記のとおり療養の給付又は療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>世帯主 住 所 宇治田原町</p> <p>氏 名</p> <p>電 話 () ー</p> <p>個人番号 <input type="text"/></p> <p>宇治田原町長 様</p>					

委任 の 欄	この欄は給付金の受領を人に頼むときだけ記入してください。	上記高額療養費の受領を京都府国民健康保険団体連合会理事長に委任します。	
		令和 年 月 日	世帯主 氏 名

※この欄には記入しないでください。

整理番号	国民健康保険資格確認		退職被保険者資格確認		摘 要
	取 得	喪 失	該 当	喪 失	
	・	・	・	・	
決裁 処理	1 支給する	支給金額	円		
		支給期間	年 月分		日間
	2 支給しない	(支給しない理由)			

振込先口座

←前回申請口座と同様の場合はチェックを入れてください。

振込金融機関名	銀行 信用金庫 協同組合 ()													本店 支店					
口座種別・番号	普通・当座・その他()																		
カタカナ																			
口座名義人																			