

国民健康保険高額療養費支給申請書
(年 月診療分)

年 月 日

豊後大野市長 様

高額療養費の支給を受けたく次のとおり申請します。
また、手続に際し必要となる個人番号、公簿等を閲覧されることに同意します。
なお、支給決定に際し、必要な公簿等を閲覧されることに異議ありません。

受付印

申請者 (世帯主)	住 所	豊後大野市										被保険者 記号・番号	ぶんご国	
	氏 名											電話	— —	
	個人番号													
代理人	住 所	豊後大野市										世帯主との 続柄		
	氏 名											電話	— —	

療 養 を 受 け た 被 保 険 者 名	①	②	③
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
個 人 番 号			
医療機関	名 称		
	所在地		
傷 病 名	レセプト記載のとおり	レセプト記載のとおり	レセプト記載のとおり
療養を受けた期間	日から 日まで 日間	日から 日まで 日間	日から 日まで 日間
療 養 の 種 類	入院 ・ 外来	入院 ・ 外来	入院 ・ 外来
病院等で支払った 保 険 内 金 額	円	円	円
第 三 者 行 為 の 有 無	有・無	有・無	有・無

受領方法	☐ 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。 ☐ 振込口座を指定する。 ☐ 窓口払い(市役所本庁 会計課)		
振 込 先 金 融 機 関	銀行・組合 金庫・農協	本店 支店	預金種類 普通 ・ 当座
	口座番号	フリガナ 口座名義人	
世帯主以外の口座に振込を依頼する方は、次にご記入ください。 〔受任者(口座名義人)〕 上記により支給される金額の受領方を左記の者 に委任します。 住 所 世帯主氏名 氏 名			

《支給計算書》

負 担 区 分	① I・II・III・上位 ア・イ・ウ・エ・オ	② I・II・III・上位 ア・イ・ウ・エ・オ	③ I・II・III・上位 ア・イ・ウ・エ・オ	合 計 A
レ セ プ ト 自己負担額	円	円	円	円
多数該当 (有・無)	1%加算 (有・無)	世帯自己負担限度額 B 円	高額療養費支給決定額 A-B 円	