様式第 17 号(第 24 条関係)

受付印

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下記のとおり申請します。
また、手続き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。

申請者(世帯主)	住　所	豊後大野市	被保険者証記号番号	ぶんご国
	氏　名		電話	ー　　ー
	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	ー　　ー

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				
種　別		□一般 □退本 □退扶	□一般 □退本 □退扶	□一般 □退本 □退扶
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
入外区分		入院 ・ 外来	入院 ・ 外来	入院 ・ 外来
病院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		口座名義人(フリガナ)	

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)〕
住 所
氏 名

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。
世帯主氏名　　㊞

≪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