

国民健康保険 高額療養費支給申請書

(令和 年 月診療分)

		被保険者証記号番号					
療養を受けた者の氏名・生年月日	1	2	3				
	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日				
個人番号							
種別	一般・退職・前7・前8・前9・3歳未		一般・退職・前7・前8・前9・3歳未		一般・退職・前7・前8・前9・3歳未		
療養を受けた病院等の名称・所在地	名称						
	所在地						
病院等で支払った金額	円		円		円		
入院・外来の別及び交通事故の有無	入院・外来 交通事故(有・無)		入院・外来 交通事故(有・無)		入院・外来 交通事故(有・無)		
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	・受けられる (制度名) (費用徴収額) ・受けられない		・受けられる (制度名) (費用徴収額) ・受けられない		・受けられる (制度名) (費用徴収額) ・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。						支給額合計	
令和 年 月診療分	令和 年 月診療分	令和 年 月診療分				円	
上記のとおり申請しますので、決定額の送金をお願いします。また、再審査等で金額が変更になった場合は、高額療養費の返還に応じます。							
70歳以上負担区分	現Ⅲ 現Ⅱ 現Ⅰ 一般 低Ⅱ 低Ⅰ		過去1年の高額支給回数		負担限度額		
70歳未満負担区分	上位所得 アイ 一般 ウエ 非課税 オ		4回以上 3回以下		円		

上記のとおり申請しますので、下記決定額を送金をお願いします。

令和 年 月 日

金融機関	
銀行	本店
信金	支店
農協	支所
普・当 No.	
名義人 (世帯主・カナ)	

住所 柳川市

世帯主氏名 (印)

個人番号			
------	--	--	--

柳川市長 様

電話番号

支払通知年月日	令和 年 月 日	保険税	・完納	担当者	受付庁舎	受付者	口座
支払年月日	令和 年 月 日		・未納		柳川 大和三橋		柳川庁舎 現金受取