

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 診療分

記号 番号	平内		世帯全体 課税区分		70歳以上 課税区分		多数該当 の有無	
被保氏名 (個人番号)								
生年月日								
一般・退職								
医療機関								
入院・外来								
支払額								
負担割合								
費用額								
一部負担金								
支払済額								
70歳以上 高額対象額								
70歳未満 高額対象額								
備考								

70歳以上	①高額対象額	②世帯合算対象額 ①と③のいずれか低い方	③限度額	④高額支給額 ①-③
70歳未満	⑤高額対象額	⑥世帯対象額計 ②+⑤	⑦世帯限度額	⑧高額支給額 ⑥-⑦
高額療養費 の内65歳 以上の額	65歳以上 入院	65歳以上 外来	65歳以上 合計	⑨合計支給額 ④+⑧

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

平内町長 船橋 茂久 殿

世帯主の住所 平内町大字 字 _____

世帯主の氏名 _____ 印

TEL _____ 個人番号 _____

銀行振込	金融 機関名		口座 名義人		預金 種類	口座 番号	
------	-----------	--	-----------	--	----------	----------	--

第三者行為（交通事故やけんか等）によるものですか？ はい いいえ

※傷病名、医療機関住所、療養を受けた期間については別添とする