

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 診療分

| | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|---------|--------|
| ①被保険者証記号・番号 | | 世帯主個人番号 | |
| 江府 | | | |
| ②療養を受けた方の氏名・生年月日・世帯主との続柄 | | 個人番号 | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| | 年 月 日 | | |
| ③給付対象医療費 | 円 | | |
| ④療養を受けた病院薬局等の名称 | | | |
| | | | |
| | | | |
| ⑤療養期間 | 年 月 日 | から | 日まで 日間 |
| ⑥療養に対して病院等で支払った金額 | 円 | | |
| ⑦世帯限度額 | 円 | | |
| ⑧支給申請額 (⑥-⑦) | 円 | | |
| ⑨発病又は負傷の理由 ※該当するものに○ | 1. 第三者行為 (交通事故等) 2. その他 (自損事故・疾病等) | | |
| ⑨備考 | | | |

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

国保世帯主住所

国保世帯主 氏名

印

江府町長 様