

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者の 記号番号		岩見沢		委任払 確認欄		診療年月	(年 月診療分)					第三者 行為	有 ・ 無	
						自己負担限度額区分					給付回数			
						課税世帯					非課税	回目		
						ア	イ	ウ	エ	オ				
療養を受けた被保険者の 氏名・続柄 生年月日・個人番号		一般 退職 の別	前期高齢 税区分	療養を受けた病院等 の名称及び所在地		療養を受けた 期 間		備考		一部負担として 支払った額				
昭・平・令 年 月 日 個人番号		一般 退・本 退・扶	現役並 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ) 一般 低所得 (Ⅰ・Ⅱ)			日～ 日 日間 入院・通院				円				
昭・平 年 月 日 個人番号		一般 退・本 退・扶	現役並 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ) 一般 低所得 (Ⅰ・Ⅱ)			日～ 日 日間 入院・通院				円				
昭・平・令 年 月 日 個人番号		一般 退・本 退・扶	現役並 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ) 一般 低所得 (Ⅰ・Ⅱ)			日～ 日 日間 入院・通院				円				
昭・平・令 年 月 日 個人番号		一般 退・本 退・扶	現役並 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ) 一般 低所得 (Ⅰ・Ⅱ)			日～ 日 日間 入院・通院				円				
口座振込先金融機関名 及び口座番号		銀行 番号 信金 本・支店 カ ナ 農協 (口座名義人)												
上記のとおり申請いたします。 令和 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 印 電 話 ~ 岩見沢市長 様														
上記の申請金額の受領 住所 及び自己負担限度額区分の確認を 氏名 印 に委任します 令和 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 印 岩見沢市長 様														
上記申請に基づく高額療養費の支給額は、下記のとおりである。										受付	担当	確認		
審査決定調書														
療養を受けた 被保険者氏名	費用額	保険者 負担額	一部負担額 A		他法負担額		自己負担額 B		差引支給額 A-B					
世帯合算による算定額														
高額療養費として前12か月間に支給を受けた月														
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	支給決 定金額	円
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		

支給決定金額のうち_____円を国民健康保険料に充当することを了承します。 印