

高額療養費支給申請書

被保険者記号番号		(年 月 診療分)				NO.	
療養を受けた被保険者の氏名			世帯主との続柄			区分	1. 一般 3. 退職本人 2. 前期高齢者 4. 退職扶養
生年月日	年 月 日						
個人番号			病院・診療所・薬局等の名称及び所在地				
傷病名							
療養期間	年 月 日から		年 月 日まで		日間 (入院・外来)		
費用額	円		一部負担金		円		
療養を受けた被保険者の氏名			世帯主との続柄			区分	1. 一般 3. 退職本人 2. 前期高齢者 4. 退職扶養
生年月日	年 月 日						
個人番号			病院・診療所・薬局等の名称及び所在地				
傷病名							
療養期間	年 月 日から		年 月 日まで		日間 (入院・外来)		
費用額	円		一部負担金		円		
第三者行為の有無	<input type="checkbox"/> あり						
振込先	銀行・農協・信用金庫		支店・支所		預金種別		普通(総合) ・ 当座
	フリガナ			口座番号			
	名義人						
受領委任	上記高額療養費の受領の権限を 年 月 日 氏名 _____ (印)						
上記のとおり高額療養費の申請をします。 年 月 日 住所 _____ (世帯主) _____ 氏名 _____ (印) 個人番号 _____ 電話 _____ 粟石町長 殿							
上記世帯は、この申請に必要な課税台帳などの閲覧を承諾します。 年 月 日 氏名 _____ (印)							

* 保険者記入欄

町民課税状況						
支給該当事由	() 単独 () 合算					
	() 多数 [以前12か月間に高額療養費が4回以上該当した月] 年 月、 年 月、 年 月					
費用決定額	円	自己負担限度額		円		
一部負担額	円	支給決定額		円		