

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分) (回目)

被保険者証の記号		鶴	被保険者証の番号		第 三 者 行 為 の 有 無		有・無
療養を受け 被保険者名	男・女		男・女		男・女		
個 人 番 号							
生 年 月 日	S・H・R	年 月 日生	S・H・R	年 月 日生	S・H・R	年 月 日生	
傷 病 名	別紙明細書のとおり		別紙明細書のとおり		別紙明細書のとおり		
療養を受け 期 間 日 数	自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)		自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)		自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)		
療養を受け 医療機関等 その他の者 称及び所在	(所在地) (名 称)		(所在地) (名 称)		(所在地) (名 称)		
病 院 等 に 支 払 っ た 額	円		円		円		
科 別 (入院・通院)	医 科 ・ 歯 科 (入 院 ・ 通 院)		医 科 ・ 歯 科 (入 院 ・ 通 院)		医 科 ・ 歯 科 (入 院 ・ 通 院)		
療養に要した費用額	A		B		C		

上記のとおり申請します。 年 月 日 鶴居村長 様

世帯主住所

氏名

印

【個人番号】

上記の申請金額の受領を (印) に委任します。 年 月 日

世帯主住所 鶴居村

氏名

印

※ 上記申請に基づく高額療養費の支給額は下記調書のとおりである。

調	診 査 決 定 額					
	療 養 に 要 し た 額 費 用	保険者負担額	一部負担金 D	他法負担分及び 現物支給額 E	自己負担限度額 F	差引支給額 (D-E-F) G
	A					
書	療 養 に 要 し た 額 費 用	保険者負担額	一部負担金 D	他法負担分及び 現物支給額 E	自己負担限度額 F	差引支給額 (D-E-F) G
	B					
	療 養 に 要 し た 額 費 用	保険者負担額	一部負担金 D	他法負担分及び 現物支給額 E	自己負担限度額 F	差引支給額 (D-E-F) G
C						

支給金額

金

月

(G の合計額)

受領の方法	ア、一般会計償還	
	イ、指定金融機関への振込み	・金融機関 ・支店名 ・口座番号(普通・当座) ・名義人