

課長	課長補佐	係長	係

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 期間と 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。

審査決定額						
調書	療養に要した費用額	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				
	療養に要した費用額	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					
書	療養に要した費用額	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 _____ 円 (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 ・口座番号(普通・当座) ・支店名 ・名義人