

国民健康保険高額療養費支給申請書

糸満市長 殿

申請者（世帯主）

個人番号

住所

氏名

電話

被保険者記号

被保険者番号

年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号			
(2) 氏名			
(3) 生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
(4) 一般・退職の区分			
(5) 世帯主との続柄			
(6) 傷病名			
(7) 発症又は負傷の理由	1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)	1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)	1:第三者行為(交通事故等) 2:業務上の災害(通勤災害等) 3:その他(自損事故・疾病等)
(8) 病院等の名称及び所在地	名称		
	所在地		
(9) 医療費・療養費等の区分			
(10) 入院・外来の区分			
(11) (8)の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間
(12) 病院等で支払った金額	円	円	円
(13) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月		(15) 課税区分 (世帯全体)	(16) 課税区分 (70歳以上)

国保世帯支給額	円
既支給決定額	円

支給決定額	円	－	調整額等(合計)	円	=	世帯差引支給額	円
-------	---	---	----------	---	---	---------	---

支払方法					
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用するものは口座情報の記入不用） 公金受取口座を登録していない方はマイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。					
<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する・窓口払いを指定する。					
窓口払い			口座振込		
支払場所	糸満市役所		振込先	金融機関	
支払期間	年 月 日～ 年 月 日			口座種目	口座番号
			口座名義人 (カナ)		
(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名をしてください。) 上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名					
<input type="checkbox"/> 高額療養費の支給申請簡素化を希望します。 今後、高額療養費に該当した場合、本申請の内容を基に支給します。支給申請は不要となります。 (ただし、世帯構成などに変更があった場合にはその限りではありません。)					