

国民健康保険高額療養費支給申請書

令和 年 月 日

(宛先)旭川市長

旭川市

申請者 住所
(世帯主)

氏名

電話番号 () -

個人番号

国民健康保険法施行規則第27条の16第1項の規定により、高額療養費の支給を申請します。
太枠の中の①から⑧までを記入し、※は記入しないでください。

①被保険者証の記号番号	旭									令和			年			月			診療分		
②療養を受けた者の氏名及び個人番号	氏名																				
	個人番号																				
③療養を受けた者の生年月日	昭和 平成																				
	令和	年	月	日生	昭和 平成																
令和	年	月	日生	昭和 平成																	
令和	年	月	日生	※ 宛 名 番 号																	
④療養を受けた病院・診療所等の所在地及び名称	所在地																				
	名称	病院・医院 薬局 (科)					病院・医院 薬局 (科)					病院・医院 薬局 (科)									
⑤④の病院等で受けた診療の区分	1. 入院	2. 外来																			
	3. その他	1. 入院	2. 外来																		
3. その他	※ 医療機関コード																				
⑥④の病院等で療養を受けた期間	令和	年	月	日から	令和	年	月	日から	令和	年	月	日から	() 日間) 日まで								
	() 日間)	日まで	() 日間)	日まで	() 日間)	日まで															
※ 資格区分	一般	退本	退扶	一般			退本	退扶	一般			退本	退扶								
	前高1	前高2	前高3	前高1	前高2	前高3	前高1	前高2	前高3	前高1	前高2	前高3									
⑦⑥の期間に受けた療養に対して病院等に支払った金額	円																				
	円																				
※ レセプト番号																					
⑧高額療養の受取方	総合庁舎の窓口で受け取る。																				
	1 ※申請後、支給決定通知を送付しますので、印鑑と併せてお持ちください。																				
	口座番号及び種類																				
1 普通 2 当座 3 組勘 4 貯蓄 5 その他																					
2 世帯主の金融機関の預金口座へ振り込む。(口座等に関することを記入する。)																					
銀行 本店																					
信用金庫 本所																					
信用組合 支店																					
農協 支所																					
診療月までの1年間における高額療養費支給回数	当診療分は			回目	前期高齢者	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ	外来限度額		円												
	回以上					一般・Ⅱ・Ⅰ	世帯限度額		円												
世帯主コード	-			70歳未満	上・課・非	全体限度額		円													
ア・イ・ウ・エ・オ																					
保険料の滞納状況	1 無	2 有	納付相談済		担当	保険診療見込額		円													