

# 国民健康保険 高額療養費支給申請書

一般 前期 (令和 年 月 診療分)

被保険者 記号・番号	和 4 ・	療養を受けた 被保険者の 氏名、生年月日	S・H・R 年 月 日	S・H・R 年 月 日				
審査結果	医療機関名	決定費用額	窓口負担額	支給決定額				
区分	ア 現Ⅲ	イ 現Ⅱ	ウ 現Ⅰ	エ 一般	オ 低Ⅱ	低Ⅰ	多数	高齢者との 合算
疾病又は負傷は交通事故等の第三者の行為によるものですか				はい ・ いいえ				
<p>有田市長 殿</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">(世帯主) 住 所 有田市</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電 話 番 号</p> <p style="text-align: center;">個 人 番 号                   —                   —</p>								
<input type="checkbox"/> 前回の高額医療費の振込口座 (口座情報は記入不要)				<input type="checkbox"/> 下記の口座 (口座をご記入ください)				
<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座 (公金受取口座を変更した場合は、変更した旨をご連絡ください)								
金融機関名		支店名		種別		口座番号		
				普 通 当 座				
フリガナ								
口座名義人								

※ 太枠内にご記入ください