

国民健康保険高額療養費支給申請書

受付印

保険証番号	診療年月 令和 年 月	課税区分(70歳未満) アイウエオ	多数回 チェック	70歳以上 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 世帯 <input type="checkbox"/> 国保全体		
		所得区分(70歳以上) 現役並 一般 II I				
受療被保険者氏名		生年月日		入外	総医療費	資格区分
医療機関名称 所在地		個人番号		日数	患者負担額	領収書
		療養期間/傷病名(わからない場合は記入しなくて結構です)				前期
S R H	年 月 日	入・外		円	一・退	
— —	日			円		
平成・令和 年 月 日		～ 日まで				<input type="checkbox"/> 前期

患者負担額合計	自己負担限度額	支給済額	支給見込額	支給決定額
円	円	円	円	円

徳島市長 殿

令和 年 月 日

上記のとおり申請します。

申請者(世帯主)		振込先口座(世帯主名義の口座)			
(住所)	徳島市	金融機関名		本店	預金種別
	氏名	銀行		支店	1. 普通
	個人番号	農協		支所	2. 当座
	電話 ()	信用金庫			
	記入者(続柄) 氏名 ()	口座番号			
		フリガナ 口座名義人			
受取 口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。			第三者行為	受付者
				有・無	