

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 診療分 太枠の中の記入をお願い致します

①被保険者記号・番号	【記号】 倉吉	【番号】
②療養を受けた被保険者		
氏名	生年月日	個人番号
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
	年 月 日	
③療養を受けた病院薬局等の名称		別紙内訳のとおり
④療養期間		別紙内訳のとおり
⑤療養に対して病院等で支払った金額	円	負担区分(前期高齢) 低(I II)・一般・現役並み(I II III)
⑥世帯限度額	円	負担区分(世帯) ア・イ・ウ・エ・オ
⑦支給申請額 (⑤-⑥)	円	多数 該・非 ()
⑧備考		

⑨第三者行為(交通事故等) 該当の有無	該当あり	該当なし
(宛先) 倉吉市長 上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">年 月 日</div> 世帯主住所 _____ 世帯主氏名 _____ 世帯主個人番号 _____ 電話番号(日中の連絡先) _____		

(宛先) 会計管理者
 高額療養費を下記の口座に振込んで下さい。 口座振替依頼 未 ・ 済

口座振替 依頼機関	銀行 金庫 協同組合	本店 支店 出張所	口座番号				
	金融機関コード	店舗コード	預金種別	普通・当座・貯蓄			
	フリガナ				印		
	口座名義人						

(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名捺印してください。)		
上記の高額療養費について、その受領の権限を上記受取人に委任します。		
世帯主住所		印
世帯主氏名		