

# 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
<p>(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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>世帯主住所 _____</p> <p>世帯主氏名 _____</p> <p>世帯主個人番号 _____</p> <p>電話番号(日中の連絡先) _____</p>		

(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									
	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		