

身元確認済（個・免・保（ ））

代理権確認済（ ）

## 国民健康保険高額療養費支給申請書（ 年 月診療分）

香美町長様

令和 年 月 日

世帯主 (申請者)	住所	〒 兵庫県美方郡香美町 区 番地 (電話 - - )		
	氏名		被保険者証 記号・番号	280578
	個人番号			

次のとおり、高額療養費の支給を申請します。

①費用額	②保険者負担額	③他法負担額	④一部負担分	⑤被保険者 負担分	⑥高額療養費
円	円	円	円	円	円
振込先金融機関		口座番号	普通・当座	(フリガナ)	
支店名			口座名義人		
(世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に記入してください。) 上記口座への振込を承諾します。 世帯主氏名 _____					
備考					

### 申請書内訳

療養を受けた 被保険者	氏名	(生年月日: 昭・平・令 年 月 日)		区分	①一般 ②退職 (本人) ③退職 (家族)
	個人番号				
	第三者行為による傷病の有無	有 ・ 無			
病院・診療所等	名称			療養期間	月 日~ 月 日まで 日間
	所在地	〒			
一部負担金 (支払金額)	円	公費医療の自己負担額	適用医療名		
			支払金額	円	

(裏面)

療養を受けた 被保険者	氏名	(生年月日:昭・平・令 年 月 日)		区分	①一般 ②退職(本人) ③退職(家族)
	個人番号				
	第三者行為による傷病の有無	有・無			
病院・診療所等	名称			療養期間	月 日~ 月 日まで 日間
	所在地	〒			
一部負担金 (支払金額)	円	公費医療の自己負担額	適用医療名		
			支払金額	円	

療養を受けた 被保険者	氏名	(生年月日:昭・平・令 年 月 日)		区分	①一般 ②退職(本人) ③退職(家族)
	個人番号				
	第三者行為による傷病の有無	有・無			
病院・診療所等	名称			療養期間	月 日~ 月 日まで 日間
	所在地	〒			
一部負担金 (支払金額)	円	公費医療の自己負担額	適用医療名		
			支払金額	円	

療養を受けた 被保険者	氏名	(生年月日:昭・平・令 年 月 日)		区分	①一般 ②退職(本人) ③退職(家族)
	個人番号				
	第三者行為による傷病の有無	有・無			
病院・診療所等	名称			療養期間	月 日~ 月 日まで 日間
	所在地	〒			
一部負担金 (支払金額)	円	公費医療の自己負担額	適用医療名		
			支払金額	円	