

国民健康保険高額療養費支給申請書

食事差額該当

有・無

被保険者番号

崎 15

年 月 診療分

医療区分	受診者氏名	生年月日	個人番号	療養を受けた療養取扱い機関等の名称及び所在地	左記機関等で療養を受けた期間
一般・退職・就学前		年 月 日		名称等	年 月 日～ 日 月 日
一般・退職・就学前		年 月 日		名称等	年 月 日～ 日 月 日
一般・退職・就学前		年 月 日		名称等	年 月 日～ 日 月 日

ア・イ・ウ・エ・オ	世帯合算	費用額	保険者負担額	一部負担額	現物支給額	既支給額(/)	自己負担限度額	高額療養費	
	多数該当	一般							円
	その他	退職							円

第三者行為該当

該当・非該当

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主住所 長与町

郷 番地

丁目

世帯主氏名

印

世帯主個人番号

TEL () -

◎以前と同じ口座の場合、未記入で可

世帯主 名義の 振込先	金融機関		銀行・信金・信組・労金・農協
	支店(所)		支店(所) コード〔 〕
	預金種別・番号	普通・当座・貯蓄 No.	
	名義(カタカナ)		

※世帯主以外の口座へ振込みを希望される場合は、委任状が必要です。(診療月ごと)

長与町長 様

記入例

(申請の際は、医療機関発行の領収書を添付してください)

国民健康保険高額療養費支給申請書

食事差額該当

有・無

被保険者番号

崎 15

〇〇〇〇〇〇〇〇

令和〇〇年△△月診療分

医療区分	受診者氏名	生年月日	個人番号	療養を受けた療養取扱い機関等の名称及び所在地	左記機関等で療養を受けた期間
一般・退職・就学前	長与 花子	昭和 〇〇年△月×日	△△△△△△△△△△△△△△	名称等 ××××病院	令和〇〇年△月×日～ ××日まで 〇〇日間
一般・退職・就学前		年 月 日		名称等	年 月 日～ 日まで 日間
一般・退職・就学前		年 月 日		名称等	年 月 日～ 日まで 日間

ア・イ・ウ・エ・オ	世帯合算	費用額	保険者負担額	一部負担額	現物支給額	既支給額(/)	自己負担限度額	高額療養費
	多数該当	一般						円
	その他	退職	円	円	円	円	円	円

第三者行為該当

該当・非該当

上記のとおり申請します。

令和〇〇年 △△月 ××日

世帯主住所 長与町 嬉里 郷 〇〇〇 番地 〇〇

丁目

世帯主氏名 長与 太郎 印

世帯主個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

TEL (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

◎以前と同じ口座の場合、未記入で可

世帯主 名義の 振込先	金融機関	〇〇〇	銀行・信金・信組・労金・農協
	支店(所)	△△△	支店(所) コード[]
	預金種別・番号	普通・当座・貯蓄	No. ××××××××
	名義(カタカナ)	ナガヨ タロウ	

※世帯主以外の口座へ振込みを希望される場合は、委任状が必要です。(診療月ごと)

長与町長 様