

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 平成 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 年 月 日 H	入・外			一・退
		— —	日		円	
		平成・令和 年 月 日		～ 日まで		<input type="checkbox"/> 前期
		S R 年 月 日 H	入・外			一・退
		— —	日		円	
		平成・令和 年 月 日		～ 日まで		<input type="checkbox"/> 前期
		S R 年 月 日 H	入・外			一・退
		— —	日		円	
		平成・令和 年 月 日		～ 日まで		<input type="checkbox"/> 前期
		S R 年 月 日 H	入・外			一・退
		— —	日		円	
		平成・令和 年 月 日		～ 日まで		<input type="checkbox"/> 前期
		S R 年 月 日 H	入・外			一・退
		— —	日		円	
		平成・令和 年 月 日		～ 日まで		<input type="checkbox"/> 前期
		S R 年 月 日 H	入・外			一・退
		— —	日		円	
		平成・令和 年 月 日		～ 日まで		<input type="checkbox"/> 前期
		S R 年 月 日 H	入・外			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 銀行 本店 農協 支店 信用金庫 支所
氏名	預金種別 1. 普通 2. 当座
個人番号 — —	() ()
電話 () —	口座番号
記入者(続柄) 氏名 ()	フリガナ 口座名義人

※ 口座振込については、保険料完納世帯に限らせていただきます。
 保険料未納の世帯は、申請時に口座振込を希望されても窓口での支払になる場合があります。
 又、給付の一時差止になる場合もあります。

第三者行為	受付者
有・無	