

受付

国民健康保険高額療養費支給申請書 [年 月診療分]

①	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	島51	②	世 帯 主 氏 名		
③	療養を受けた者の 氏 名					
	個 人 番 号					
④	生 年 月 日					
⑤	被 保 険 者 等 区 分					
⑥	傷 病 名 (第三者行為の有無)	診療報酬明細書のとおり (第三者行為の有無 有・無)	診療報酬明細書のとおり (第三者行為の有無 有・無)	診療報酬明細書のとおり (第三者行為の有無 有・無)		
⑦	病院・診療 所・薬局等の 名称・所在地	名称				
		所在地				
⑧	⑦の病院等で 療養を受けた 期 間	年 月 日から 日まで (日間)	年 月 日から 日まで (日間)	年 月 日から 日まで (日間)		
⑨	⑧の期間中に病院等 に支払った金額	円	円	円		
⑩	他の制度による一部負 担金の全額又は一部に ついて支給が受けられ るかどうか	1 受けられる (制度名) 2 受けられない	1 受けられる (制度名) 2 受けられない	1 受けられる (制度名) 2 受けられない		
⑪	⑩で受けられる場合 の費用徴収の有無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無		
⑫	受 領 方 法 及 び 金 融 機 関 名	口座振込	支 店 支 所	普通	口座番号	
		直接払		銀行・農協 信用金庫・組合	当座	フリガナ
						口座名義人

上記のとおり申請します。

上記の者に係る高額療養費（会津美里町重度心身障がい者医療費・ひとり親家庭医療費該当分）の受領に関する権限を会津美里町長に委任します。

年 月 日

世帯主 住 所

氏 名

個人番号

電話番号

提出者 世帯主の提出
(世帯主と異なる場合)

住 所

氏 名

(世帯主との続柄)

電話番号

会津美里町長

※以下は、申請者は記入する必要はありません。

【町記入欄】	高 額 区 分		審査決定額	円	世帯償還額	
	世帯合算	多数該当	所得区分	公費負担額	円	
	有・無	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ 上位・一般・低Ⅰ・低Ⅱ	一部負担額	円	地方単独医療費助成事業償還額
				限度額	円	円