

国民健康保険高額療養費支給申請（請求）書

※太枠の中を記入してください。

平・令	年	月診療分	被保険者証記号番号	0									
療養を受けた方の氏名		A			B								
生年月日		昭和 平成 令和			年	月	日	昭和 平成 令和			年	月	日
個人番号													
病院等の名称及び所在地													
病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 同月 日まで（日間）			年 月 日から 同月 日まで（日間）								
病院等で支払った額（自己負担額）		A			B								
支払区分		一般・前期高齢者・未就学児		3回以内		1割・2割・3割							
		退職（本人・被扶養）		4回以上		課税			非課税				
						アイウエ一般上位			オI II				
		医療費総額		自己負担額		252,600+(-842,000)*1%=							
		()		()		167,400+(-558,000)*1%=							
		()		()		150,000+(-500,000)*1%=							
		()		()		80,100+(-267,000)*1%=							
		()		()		57,600 35,400							
						140,100 93,000		44,400 24,600					
						15,000 14,000		12,000 8,000					
支給算出額		円											
				第三者求償				有・無					

振込先金融機関	※金融機関コード		
	銀行 金庫・組合 農協	本店 支店 <small>出張所・代理店</small>	
	口座名義（カタカナ）	口座番号	
上記の口座への振込を承諾します。（氏名 (印) ）			

申請（支払）金額		外 来	世帯単位	国保世帯全体
	70歳未満			円
	前期高齢者	円	円	円

高額療養費として上記のとおり申請（請求）します。

令和 年 月 日

宇佐市長 あて

担当者	
-----	--

世帯主	住所			
	氏名	(印)		
	電話番号		本人確認	免・旅
	個人番号			