

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。

令和	年	月診療分	被保険者記号番号	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 円				B 円						
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			
				アイウエ上位				オ			
	医療費総額	自己負担額	252,600+(-842,000)*1%= 167,400+(-558,000)*1%= 80,100+(-267,000)*1%= 140,100 93,000 44,400 24,600 57,600 35,400 18,000 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 出張所・代理店
	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			