

国民健康保険高額療養費支給申請書 ( 年 月診療分)

被保険者証の記号・番号

豊 浦

—

療養を受けた  
被保険者氏名  
及び個人番号

療養期間

療養を受けた病院等の名称

公 費

区 分

負担割合

費用額(円)

保険者負担額(円)

一部負担額(円)

日間

重・一・乳

一般・退職

未就学児・前期高齢・70一般・70一定以上

割

日間

重・一・乳

一般・退職

未就学児・前期高齢・70一般・70一定以上

割

日間

重・一・乳

一般・退職

未就学児・前期高齢・70一般・70一定以上

割

支 払 方 法

銀行  
信金  
農協  
漁協

本店  
本所  
支店  
支所

普通  
当座

口座番号

口座名義人  
(カキで記入)

委  
任  
状

住 所

氏名(医療機関名) ㊟

高額療養費の受領を

上記の者に委任します。

世帯主名 ㊟

個人番号

上記のとおり申請いたします。

世帯主 住 所 豊浦町字

令和 年 月 日

氏 名 ㊟

豊浦町長 殿

個人番号

電話番号 ( — — )

処 理 欄

高 額 区 分

税 区 分

1 世帯合算

2 単独分

ア・イ・ウ・エ・オ ( 回目)

①多数該当分

②その他

①多数該当分

②入院分

③その他

現役並 ( )・一般・低 ( )

審 査 決 定 額

世帯合算額

保険者負担額

一部負担額

限度額

既支給額

償還額