国民健康保険高額療養費支給申請書（　　年　　月診療分）

今回申請の診療月以前１年間に高額療養費の支給を３回以上受けた場合その直近の診療月を記入	診療月	1	2	3	年度町民税課税状況	
		月診療	月診療	月診療	非課税	課　税

被保険者証の記号	小　　平	被保険者証の番号	

① 療養を受けた者の氏名・続柄 個人番号	1 個人番号	続柄		2 個人番号	続柄	
② 療養を受けた者の生年月日	年　月　日			年　月　日		
③ 傷病名						
④ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地 名称	（入院・通院）			（入院・通院）		
所在地						
⑤ ④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		
⑥ ⑤の期間に受けた療養に対して病院等で支払った額	円			円		
⑦ 備考				第三者行為	有・無	

⑧ 上記のとおり申請します。

年　　月　　日

小　平　町　長　殿

世帯主住所　留萌郡小平町字

世帯主氏名　　個人番号

支払を希望する金融機関名　銀行　信金　　支店

口座名　　普通　当座　NO.

⑨ 上記の申請金額の受領を　　に委任します。

年　　月　　日

世帯主住所　留萌郡小平町字

世帯主氏名　　印

※　上記申請に基づく高額療養費の支給額は下記調書のとおりである。

調書	審査決定額					
	療養に要した費用額	保険者負担額	一部負担額 A	他方負担額	自己負担額 B	A－B 差引支給額
レセプト						

支給金額	百万		千			円			