国民健康保険高額療養費支給申請書(　　年　　月診療分)

① 被保険者証の記号番号		② 世帯主の氏名	
③ 療養を受けた者の氏名・続柄	続柄(　　)		続柄(　　)
③ 療養を受けた者の個人番号			
④ 療養を受けた者の生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日		昭和 平成　　年　　月　　日
⑤ 傷病名			
⑥ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称		
	所在地		
⑦ ⑥の病院等で診療を受けた期間	平成　年　月　日　から 年　月　日　まで　日間		平成　年　月　日　から 年　月　日　まで　日間
⑧ 病院等で支払った額			
⑨ 他の制度により自己負担額又はその一部の支給を受けられるか	制度名 費用徴収の額　　円		制度名 費用徴収の額　　円
⑩ 今回申請の診療月以前12ケ月以内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	平成　　年　　月診療分		平成　　年　　月診療分

口座	銀行　金庫　組合	普通	支店　支所　出張所	
	口座番号		口座名義人(カナ)	

以下の項目に同意したうえで、申請します。

1. 本申請にあたり、世帯主及び世帯員の個人番号(マイナンバー)が不明な場合は、臼杵市が住民基本台帳から確認することに同意します。
2. 本申請にあたり、必要な市税に関する調査について同意します。
3. 再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されることを同意します。

(あて先)　臼杵市長　　年　　月　　日

世帯主		
	住所	臼杵市
	氏名	
	電話番号	

市処理欄

費用額	保険者負担	高額療養費	自己負担額	その他負担額	備考
支給決定額					円

区分	一・退(本・扶) ア・イ・ウ・エ・オ	高 Ⅰ・Ⅱ・一般・一定	国保税	未納 有　・　無	納税相談 有(窓口)・無