

高額療養費支給申請書

美濃加茂市長

宛

年 月 日

下記のとおり高額療養費の支給を申請します。

以後発生する高額療養費の支給については、この申請をもって支給されることを了承します。

(年 月 診療分)

世帯主	住所												
	氏名												
	電話番号							個人番号					
被保険者証記号番号		療養を受けた被保険者の氏名・生年月日及び個人番号											
生年月日		年 月 日				年 月 日				年 月 日			
個人番号													
傷病名		対象レセプトのとおり				対象レセプトのとおり				対象レセプトのとおり			
療養を受けた医療機関	名称												
	住所												
療養を受けた期間		日～ 日 日間				日～ 日 日間				日～ 日 日間			
上記療養に対し病院等で支払った金額		円				円				円			
他の制度から自己負担額相当またはその一部の支給を受けられるとき		制度名 () 費用徴収 (有・無)				制度名 () 費用徴収 (有・無)				制度名 () 費用徴収 (有・無)			
発症又は負傷の理由		1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）				1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）				1：第三者行為（交通事故等） 2：業務上の災害（通勤災害等） 3：その他（自損事故・疾病等）			
今回申請分を除く過去1年間に当給付を3回以上受けた場合直近の診療月		年 月 診療分				年 月 診療分				年 月 診療分			
振込先金融機関 前回と同じ振込先の場合はチェック <input type="checkbox"/>		銀行 金庫 農協 信用組合				店				預金種別		普通・当座	
口座番号						口座名義（カナ）							
申請者と口座名義人が異なる場合、上記名義人口座への振込に承諾します。													
申請者（世帯主） 氏名												印	
上記の保険給付を未納の国民健康保険料に充当することができます。充当する場合は、次の「充当承諾書」に御記入ください。													
美濃加茂市長 宛												年 月 日	
私は上記の保険給付を国民健康保険料に充当することを承諾します。												印	
世帯主氏名													

受付 収納