

国民健康保険高額療養費支給申請書

委任払い

| | | | | | |
|--------------------|---|----------|-------------|-----|---|
| 被保険者証の記号番号 | 佐国保 | 診療を受けた年月 | 平成 | 年 | 月分 |
| 個人番号 | | | | | |
| 療養を受けた者の氏名 | 1 | 2 | | | |
| 上記の者の生年月日及び一般・退職の別 | 昭 ・ 平 | 年 | 月 | 日 | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退本 <input type="checkbox"/> 退扶 |
| 入院・外来等の診療区分 | 入院・外来・歯科・調剤 | | 入院・外来・歯科・調剤 | | |
| 療養を受けた病院等の所在地及び名称 | 所在地 | | | | |
| | 名称 | | | | |
| 療養を受けた期間 | 平成 | 年 | 月 | 日から | (日間) |
| | | 同月 | 日まで | | |
| 病院等で支払った金額(保険適用分) | | | 円 | | |
| 交通事故等の第三者行為 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 | | | | |

平成 年 月 日 住所 佐伯市

世帯主 個人番号

氏 名

(印)

佐伯市長 様 (Tel)

| 受領の方法 | 金融機関名 | 支店名 | 店番 | 口座番号 |
|--|----------------------------------|-------|-----------|------|
| <input type="checkbox"/> 口座払い <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 大分銀行 | 支店 | | |
| | <input type="checkbox"/> 大分信用金庫 | 支所 | | |
| | <input type="checkbox"/> 大分県農協 | 預金種目 | フリガナ | |
| | <input type="checkbox"/> 大分県信用組合 | 普・当・貯 | 口座 名義人 | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | | |

※保険税等に未納がある場合は、窓口支給に変更することもあります。ご了承ください。

※市記入欄

| | | | | | |
|-----|--|----------------------|---|-------------------|---|
| 受付 | | 高額療養費算定基準に 係る世帯区分 | <input type="checkbox"/> 上位所得世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他() | 高額カウント (過去1年間) | 回 |
| 受付日 | | | | | |

(支給計算書)

| | | |
|--------|---|---|
| | 1 | 2 |
| 費用額 | | |
| 保険者負担額 | | |
| 自己負担額 | | |
| 費用徴収額 | | |

| | |
|-------|--|
| 負担額合計 | |
| 負担限度額 | |
| 支給決定額 | |