

国民健康保険高額療養費支給申請書

(高齢受給者用)

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
交通事故等の第三者行為	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
上記のとおり申請します。					
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	<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 3割		<input type="checkbox"/> 上位所得世帯			
		高齢者	<input type="checkbox"/> 1割	世帯の	<input type="checkbox"/> 課税世帯	高額カウント		回
受付日		負担区分	<input type="checkbox"/> 区分Ⅱ	負担区分	<input type="checkbox"/> 非課税世帯	(3割の人)		
			<input type="checkbox"/> 区分Ⅰ		<input type="checkbox"/> その他()			

(支給計算書)

	1	2
外来費用額		
保険者負担額		
自己負担額		
外来負担限度額		
支給額(A)		

合算有り	入院時の自己負担額	外来負担限度額合計	世帯の負担限度額	支給額(B)
入院+外来				
入院+入院				

支給決定額