

国民健康保険高額療養費支給申請書

この申請書は、医療機関等の窓口で支払った同じ月内の一部負担金の額が、定められた自己負担額を超えた場合に払い戻しをする申請手続に使用します。

<療養を受けた方①> (年 月診療分)

フリガナ		生年月日												
氏名		個人番号												
傷病名		療養を受けた期間	年 月 日から 月 日まで											
第三者行為の有無	☐ 有 ☐ 無		上記期間に要した一部負担金										円	
診療を受けた病院等														

<療養を受けた方②>

フリガナ		生年月日												
氏名		個人番号												
傷病名		療養を受けた期間	年 月 日から 月 日まで											
第三者行為の有無	☐ 有 ☐ 無		上記期間に要した一部負担金										円	
診療を受けた病院等														

<申請者>（国民健康保険の世帯主）

高岡市長あて 上記のとおり申請します。（申請日） 年 月 日														
(フリガナ) 氏名	署名										被保険者 記号番号			
個人番号											高額療養費 支給回数	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 ☐ 多数回該当		
電話番号														
住所														

<受取方法>※原則として世帯主の口座を指定してください。

金融機関名		種類	口座番号						口座名義（カタカナ）		
銀行 信金 信組 農協 金庫	本店 支店 出張所	当座 普通									
☐ 公金受取口座を利用します。【 世帯主 ・ 療養者（ ） 】											
※口座名義人が申請者と異なる場合に、記入ください。											
住所		氏名				世帯主からみた続柄					

高岡市使用欄

本人確認	提出方法	世帯区分	多数回該当	支給額	受付	入力	確認
マイカード・免許証 他() 不可	窓口 郵送	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ 一般・低Ⅱ・低Ⅰ	☐ 有 ☐ 無	円			