

太枠の中をご記入ください。

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

一般

( 年 月 診療分)

(1) 被保険者証	記号	(2) 療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	個人番号		
	番号				
傷病名	診療報酬明細書とおり		病院等で療養を受けた期間	入院 入院外	日間
療養を受けた病院・療養所薬局等の名称及び所在地			診療報酬明細書のとおりに		
(A) 費用額(決定額)	(B) 保険者負担額	(C) 公費負担額	(D) 被保険者負担額		
円	円	円	円		
(E) 費用徴収額(再掲)	(F) 自己負担額	(G) 高額療養費支給額	世帯		
円	円	円	回		
備考	第三者行為		未申告	推計	
	有・無				
(3) 領収書 確認欄			確認方法	個力・通力・住・他	

上記のとおり申請します。

(宛名) 今治市長

申請日	令和 年 月 日
住所	
フリガナ	
世帯主 氏名	
個人番号	
電話番号	( )

請求日

## 請求書

(宛名) 今治市長

金 円也

ただし高額療養費として上記金額を請求します。  
また、高額療養費を下記の口座に振り込んでください

請求者 (委任者)	住所	〒
	フリガナ	
	世帯主 氏名	
	電話番号	( )
受任者	住所	〒
	フリガナ	
	氏名	
	電話番号	( )

※ 受任者欄は、請求者本人以外の口座に振り込む場合にのみご記入ください。

振込先金融機関	本店支店名	預金種別	口座番号	口座名義人(フリガナ)
		普通 当座		

所属	0   3   0	受付
----	-----------	----