

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

たつの市長 様

令和 年 月 日

世帯主	住 所	たつの市 町											
	氏 名						電 話 番 号	— —					
	個 人 番 号						被 保 険 者 番 号						

次のとおり、高額療養費の支給を申請します。

療養を受けた被保険者（受診者）															
①	氏 名														
	生 年 月 日	昭・平・令			年		月		日						
	個 人 番 号														
②	氏 名														
	生 年 月 日	昭・平・令			年		月		日						
	個 人 番 号														
③	氏 名														
	生 年 月 日	昭・平・令			年		月		日						
	個 人 番 号														
振 込 指 定 口 座															
銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	支 店 支 所 出張所	預 金 種 別	普 通 当 座	口座番号											
				フリガナ											
				口座名義											
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）															

※令和4年11月診療以前の申請は領収書を必ず添付してください（原本はお返しします）。

70歳未満の区分					高齢受給者の区分						(備 考)		受付印欄		
上位(不明)		課税		非課税	現役並み所得者			一般	低Ⅱ	低Ⅰ					
上位1	上位2	一般1	一般2	非課税	Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ								
多数該当 の状況		年											年		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
第三者確認欄															