

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														