

## 国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 2 年 12 月診療分)

たつの市長 様

令和 △ 年 ○ 月 □ 日

世帯主	住 所	たつの市 龍野 町 富永〇〇〇番地													
	氏 名	世帯主名				電 話 番 号			0 1 2 3 - 4 5 - 6 7 8 9						
	個 人 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2					被保険者番号			1	2	3	4	5	6

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	受診者名											
	生 年 月 日	昭		平		令		30年		1月		1日	
	個 人 番 号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2											
②	氏 名	受診者名											
	生 年 月 日	昭		平		令		10年		4月		1日	
	個 人 番 号	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3											
③	氏 名	受診者名											
	生 年 月 日	昭		平		令		年		月		日	
	個 人 番 号												
振 込 指 定 口 座													
〇 〇 銀行		〇 〇 支店		預 金 種 別	普通  当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7
信用金庫		支 所				フリガナ							
信用組合		出張所				口座名義	世帯主名または受診者名						
農 協													
<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															