

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

一般 ・ 前期 ・ 退職

被保険者の記号番号		療養を受けた被保険者氏名		世帯主との続柄 ()	
精 一		生 年 月 日		昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日	
		個 人 番 号			
入院 ・ 外来	入 ・ 外	入 ・ 外	入 ・ 外	入 ・ 外	入 ・ 外
傷 病 名					
療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地	名 称				
	所在地				
病 院 等 で 治療を受けた期間	R . . から	R . . から	R . . から	R . . から	R . . から
	R . . まで 日間	R . . まで 日間	R . . まで 日間	R . . まで 日間	R . . まで 日間
受けた治療に対し病院等で支払った額					
診療費につき公費負担の有無			有() ・ 無		
備 考		ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ 現Ⅲ ・ 現Ⅱ ・ 現Ⅰ ・ 一般 ・ 低Ⅱ ・ 低Ⅰ		自己負担限度額 円	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主住所 精華町

氏 名

個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

電話番号

()

届出人氏 名

世帯主との続柄
()

精華町長様

上記の療養費を下記の方法で受領します。

- 窓口払
- 口座振込(※世帯主名義の口座に限ります。また、国保税に未納がある場合は振込できません。)

振込口座	銀行	支 店 出張所	普通 ・ 当座	口座番号	口座名義人(カタカナ)
	信用金庫				
	農 協				

前回申請口座

公金受取口座を利用する

※この欄以下は記入しないでください。

決裁処理	1. 支給する	支給金額	円		町民税課税状況	
		支給期間	令和 年 月 日	日間	1. 課 税	確 認
	2. 支給しない	(支給しない理由)			2. 非課税	
					3. 免除	
					4. 未申告	

記入例

療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

一般 ・ 前期 ・ 退職

被保険者の記号番号 精 00 - 00000	療養を受けた被保険者氏名 精華 花子 世帯主との続柄 (妻)	生年月日 昭 ・ 平 ・ 令 □□年 □月 □□日	個人番号 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
入院 来	入 ・ 外	入 ・ 外	入 ・ 外

被保険者の番号を記入してください

申請日、世帯主の住所・氏名・個人番号（マイナンバー）・電話番号、届出人の氏名・世帯主との続柄を記入してください。

療養を受けた被保険者の氏名・世帯主との続柄・生年月日・個人番号（マイナンバー）を記入してください。

診療費につき公費負担の有無	有 () ・ 無 ()
備考	ア・イ・ウ・エ・オ 現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ 一般・低Ⅱ・低Ⅰ
自己負担限度額	円

上記のとおり申請します。

令和 △年 △月 △△日

世帯主住所 精華町 大字南稻八妻小字北尻70番地

氏名 精華 太郎

個人番号 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

電話番号 0774 (95) 1929

届出人氏名 精華 太郎
世帯主との続柄 (本人)

精華町長様

上記の療養費を下記の方法で受領します。

- 窓口払
- 口座振込(※世帯主名義の口座に限ります。また、国税に未納がある場合は振込できません。)

振込口座	精華	銀行 信用金庫 農協	精華町	支店 普通 出張所 当座	口座番号 0000000	口座名義人(カタカナ) セイカ タロウ
<input checked="" type="checkbox"/> 前回申請口座		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する				

※欄以下は

1. 支給	
2. 支給	

口座振込を希望の場合、世帯主名義の振込口座（金融機関名・支店名・口座番号・口座名義人）を記入、もしくは世帯主名義の公金受取口座を登録されている場合は『公金受取口座を利用する』に✓を記入してください。

以前に高額療養費を申請され、その振込口座を希望される場合は『前回申請口座』に✓を記入してください。

※郵送で申請される場合、領収書の原本を必ず同封してください。
領収書は確認後、決定通知書と一緒に後日返却させていただきます。