

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

① 被保険者証の 記号番号		小国-		② 世帯主の氏名			
③ 療養を受け者の 氏名		一 退	一 退	一 退	一 退		
④ 療養を受けた者の 生年月日		昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日		
⑤ 療養を受けた者の 個人番号							
⑥ 世帯主との続柄							
⑦ 疾病名 <small>第三者行為による負傷の有無</small>		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無		
⑧ 療養を受けた 病院・診療所 等の名称及び 所在地	名称						
	所在地						
⑨ 入院・通院の別 ⑧の病院等で療養 を受けた期間		入院・通院 H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで 日間					
⑩ ⑨の期間に受けた 療養に対し病院等で 支払った額		円 ( )	円 ( )	円 ( )	円 ( )		
⑪ 他の制度により 自己負担額の一部 の支給を受けて いるかどうか		制度名 費用徴収の額 円	制度名 費用徴収の額 円	制度名 費用徴収の額 円	制度名 費用徴収の額 円		
⑫ 今回申請の診療月 以前の12月以内に 高額療養費の支給を 3回以上受けた場合 その直近の診療月		診療月	1 診療分	2 診療分	3 診療分		
振込先金融機関		・肥後 ・熊本 ・阿蘇農協 ・ゆうちょ 銀行		本店	支店	預金種別	普通 当座 その他 ( )
		口座名義	カナ	口座番号			
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 世帯主 氏名 (又は申請者) 印 電話番号 ( )-( )-( ) 小国町長 様							
計算欄 <hr/> 円 - 35,400 (24,600) = (57,600) (44,400)							
支給決定額		合 多 他		内訳		一般 退職	
備考							