

見本

別紙「高額療養費支給手続きについて」とあわせてご参照ください。

決裁区分	課長	係長	係員
丁			
起案	令和	年	月 日
決裁	令和	年	月 日

国民健康保険高額療養費支給申請（請求）書

被保険者証記号番号		診療月		左の診療月以前1年間の高額療養費の支給月が4回以上ある場合	
記号	00-00	番号	0000	令和00年00月	直近3回の該当月

診療を受けた被保険者の氏名	(1) 個人番号	医療機関	日数	一部負担金	区分		
					医科 外来	調剤 外来	その他
千代田 太郎	012345678901	〇〇病院	1	12,132	〇〇	□□	
千代田 太郎		△△薬局	1	3,266	〇〇	□□	
千代田 花子	123456789012	〇〇病院	1	6,550	〇〇	□□	
千代田 花子		◇◇薬局	1	2,528	〇〇	□□	

(2) 医療機関へ的一部負担金の支払 すべて支払済 ・ 未払有り

一部負担金	24,476 円
限度額	18,000 円
支給額	6,476 円

(3)

振込先金融機関名	〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input checked="" type="checkbox"/> 本店支店
預金種目及び口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座 <input type="checkbox"/> 口座番号 1234567
フリガナ	千代田 太郎
名義人	千代田 太郎

千代田区長 様

上記のとおり申請・請求します。

(4) 令和 〇年〇月〇日

世帯主 住所 千代田区九段南1-2-1

(8)

氏名 千代田 太郎

(5) 電話 03-3264-◇◇◇◇

(6) 個人番号 012345678901

(7) 現金払いご希望の場合、チェックしてください。