

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月診療分

被 保 険 者 証 の 記 号		秩	被 保 険 者 証 の 番 号				
療養を受けた被保険者名	個人番号	傷病名	療養を受けた病院等の名称	入院、通院、歯科その他の別	一般、退職の別	一部負担として支払った額	
				入・通・歯	一・退		
				入・通・歯	一・退		
				入・通・歯	一・退		
町民税課税の有無		有・無	町条例により町民税免除の有無			有・無	
交通事故等の第三者行為		有・無					

高額療養費として前12か月間に支給を受けた該当月に○印を。

年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月
年	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主住所 秩父別町

氏 名

㊞

(個人番号

)

秩父別町長 様

上記の申請金額の受領を\_\_\_\_\_に委任いたします。

氏 名

㊞

振込口座	銀行	店	当座	口座番号
	信金		普通	口座名義
	農協	所		

※上記申請に基づく高額療養費の支給額は下記決定調書のとおりである。

審 査 決 定 額 調 書

療養を受けた被保険者名	療養に要した費用額 ㊤	保険金負担額 ㊦	一部負担金の額 ㊧	他法負担(優先)の額 ㊨	自己負担限度額 ㊩	差引支給額 ㊪-㊫ ㊬	世帯合算等による算定額(計算式)
計							

支給決定金額 \_\_\_\_\_ 円

一般、退職者別の負担区分	一般分負担額	円
	退職者分負担額	円