

国民健康保険 高額療養費支給申請書

| | | | | | | | | |
|--|-----------|---------|----------|-------|----------|----------------------|----------|----------|
| 被 保 険 者 番 号 | | | | | | | | |
| 受 診 者 名 | | 生 年 月 日 | 性 別 | 員 番 | 一般 退職 | 課 税 非課税 | 合算 単独 | 多数 該当 |
| 個人番号 | | | | | | | | |
| 診療を受けた病院等の名称 | | | 診療を受けた期間 | | | 支 払 っ た 金 額 | | |
| | | | | | | | | |
| 審査確定額 | | 自己負担額 | | 控 除 額 | | 高額療養費支給決定額 | | |
| | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名・支店名 | | 種別 | 口座番号 | | ふ り が な 口 座 名 義 人 | | |
| | | | | | | | | |
| 備考 | | | | | | | | |
| <div>森 町 長 様</div> <div>上記のとおり申請します。</div> <div>令和 年 月 日</div> <div>世帯主 住所 周智郡森町</div> <div>氏名</div> <div>個人番号</div> | | | | | | | | |

(注意)

支払は、口座振込となります。申請される方は、金融機関名・口座番号・口座名義人をご記入ください。

なお、特別な理由なく国民健康保険税を滞納されている方については、直接払いとなり、国民健康保険税に充当させていただきます。

※ 受診した病院以外の薬局で薬剤費を支払った場合はお申し出ください。