

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

被保険者証の記号番号	日 一	療養を受けた被保険者氏名 生年月日	昭和・平成 年 月 日
傷病の状況	診療報酬明細書のとおり <input type="checkbox"/> 交通事故傷害事件等ではありません。		
① 療養期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間		
療養、薬剤の支給又は手当てを受けた病院、診療所、薬局、その他の者の名称及び所在地	名称	別紙 領収書のとおり	
	所在地		
② ①の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額			円
備考			
上記により支給される金額の受領方を右の者に委任します。	住所 氏名		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 西伯郡日吉津村大字

氏名 印

日吉津村長 様

注 診療月すべての領収書を添付してください。

※記入方法について、裏面をご確認ください。

----- 日 吉 津 村 記 入 欄 -----

費用額	保険者負担額	負担割合	薬剤一部負担金	一部負担金	自己負担限度額	高額療養費支給決定額	備考
		0.3 0.2					

(決裁欄)

村長	課長	課長補佐	室長	合 議	主査