

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<br>記号・番号          | 療養を受けた被保険者の<br>氏名及び生年月日                | 被保険<br>者区分                   | 療養を受けた被保険者の<br>氏名及び生年月日 | 被保険<br>者区分                   | 療養を受けた被保険者の<br>氏名及び生年月日 | 被保険<br>者区分                   |
|--------------------------|--|------------------------------|-------------------------|------------------------------|-------------------------|------------------------------|
|                          | ㊦<br>年 月 日                             | ・一般<br>・退職<br>〔1本人〕<br>〔2被扶〕 | ㊧<br>年 月 日              | ・一般<br>・退職<br>〔1本人〕<br>〔2被扶〕 | ㊨<br>年 月 日              | ・一般<br>・退職<br>〔1本人〕<br>〔2被扶〕 |
| 個人番号                     |  |                              |                         |                              |                         |                              |
| 傷病名                      |  |                              |                         |                              |                         |                              |
| 第三者行為の有無                 | 有・無                                    |                              | 有・無                     |                              | 有・無                     |                              |
| 診療を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地 | 名称                                     |                              |                         |                              |                         |                              |
|                          | 所在地                                    |                              |                         |                              |                         |                              |
| 病院等で療養を受けた期間             | 年 月 日 ~ 日<br>( 日間)                     |                              | 年 月 日 ~ 日<br>( 日間)      |                              | 年 月 日 ~ 日<br>( 日間)      |                              |
| 入院・通院の区分                 | 1 入院 2 通院                              |                              | 1 入院 2 通院               |                              | 1 入院 2 通院               |                              |
| 入院中に他科へ受診した場合の科名         |  | 科<br>科                       |                         | 科<br>科                       |                         | 科<br>科                       |
| 病院等に支払った金額及び領収書照合        | 金額                                     |                              |                         |                              |                         |                              |
|                          | 照合                                     |                              |                         |                              |                         |                              |
| レセプト審査点数                 |  | 点                            |                         | 点                            |                         | 点                            |
| 支給決定額                    | ㊦・㊧・㊨の支払額合計 _____ 円                    |                              |                         |                              |                         |                              |
|                          | ㊦・㊧・㊨のレセプト点数合計 _____ 点 ・ 支給決定額 _____ 円 |                              |                         |                              |                         |                              |
|                          | ・自己負担限度額 _____ 円                       |                              |                         |                              |                         |                              |
| 振込金融機関                   | 銀行<br>本店 普通・当座・預金                      |                              | 信金<br>口座番号              |                              | 農協<br>支店 口座名義(フリガナ)     |                              |

上記のとおり申請します。また、医療機関等へ一部負担金支払が完了していることに間違いのないことを申立てるとともに、一部負担金支払について魚津市から医療機関等へ照会すること及び一部負担金の負担状況が変動した場合には、魚津市からの返還請求に応じることに同意します。

年 月 日

住所 魚津市  
世帯主の  
氏名  
個人番号  
(電話 \_\_\_\_\_ )

魚津市長 あて