

国民健康保険高額療養費支給申請書

(世帯合算用)

( 年 月診療分)

被保険者証の 記号・番号	療養を受けた被保険者の 氏名及び生年月日	被保険者区分	療養を受けた被保険者の 氏名及び生年月日	被保険者区分	療養を受けた被保険者の 氏名及び生年月日	被保険者区分	
	㊦ 年 月 日	・一般 ・退職 〔1本人〕 〔2被扶〕	㊧ 年 月 日	・一般 ・退職 〔1本人〕 〔2被扶〕	㊨ 年 月 日	・一般 ・退職 〔1本人〕 〔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 日 ( 日間)		年 月 日 ~ 日 日 ( 日間)		年 月 日 ~ 日 日 ( 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 科		科 科		科 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						
備考	市・県民税 <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		退職被保険者等 ・退職者分…支払決定額× $\frac{\text{の一部負担金}}{\text{一部負担額合計}}$ = ㊩ _____ 円 (円未満切捨)				
	多数該当 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		・一般分…支給決定額-㊩の額= _____ 円				
振込金融機関	銀行 信金 農協		普通・当座・預金 店 口座番号 口座名義				

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

住所 魚津市  
世帯主の

氏名 (印)

個人番号  
(電話 )

魚津市長 あて