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 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 (日間)		年 月 日 ~ 日 (日間)		年 月 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					
振 込 金 融 機 関	銀行 本店 普通 ・ 当座 ・ 預金		信金 口座番号		農協 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 宛