



国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

支給決定年月日	支給決定額
年 月 日	円

被保険者の記号番号		香川46ー		一部負担金合計額	円
療養を受けた 被保険者の氏名	氏名				
	個人番号				
	種別	一般 ・ 退職		一般 ・ 退職	
	生年月日	S ・ H ・ R		S ・ H ・ R	
診療・薬剤の支給又は手 当を受けた病院・診療所・ 薬局その他の名称及び所 在地	名称				
	所在地				
上記の病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 同月 日まで 日間		年 月 日から 同月 日まで 日間	
上記の期間に受けた療養に対し病 院等で支払った額		円 (保険診療分以外を含む ・ 含まない)		円 (保険診療分以外を含む ・ 含まない)	
他の制度により一部負担金相当額 又はその一部の支給を受けられる かどうか		受けられる (制度名:) (費用徴収: 円) 受けられない		受けられる (制度名:) (費用徴収: 円) 受けられない	
備考					
今回申請の診療月以前12ヶ月間 に高額療養費の支給を3回以上受 けた場合その診療月		第1回目 年 月 診療	第2回目 年 月 診療	第3回目 年 月 診療	
上記のとおり申請します。 年 月 日 東かがわ市長 殿 住所 香川県東かがわ市 世帯主氏名 電話番号 個人番号					

・この療養費は、下記の口座に振り込みを依頼します。

振 込 先	金融機関 ・ 支店名	銀行・農協・信金・信組	支店・出張所・本店
	預金種別 ・ 口座番号	1. 普通 2. 当座	口座番号
	フリガナ		
	口座名義人(世帯主)		

・この請求書による支払いは診療を受けた月から3ヶ月程度のちになります。
・振込先口座名義人は原則世帯主に限ります。(世帯主以外への振込の場合は委任状が必要です。)

の部分は記入不要です。