

# 国民健康保険高額療養費支給申請書兼請求書

被保険者記号－番号		年 月 診療分		
嘉麻市長 殿		(申請年月日 令和 年 月 日)		
住所				
世帯主名		印		
※本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。				
個人番号		(電話 )		
下記のとおり医療費を支払いましたので、高額療養費の支給を申請し及び請求します。				
支給決定遅延理由通知が必要な場合には必要に○を必要ない場合には不要に○を付けてください。		必要 ・ 不要		
この傷病の原因は交通事故等(第三者行為)によるものですか。※自損事故は含みません。		はい ・ いいえ		
この受診は無料低額診療事業を利用されていますか。		はい ・ いいえ		
この受診に分割払いを利用されていますか。		はい ・ いいえ		
	療養を受けた被保険者 氏名・生年月日・個人番号	入院(期間)・ 外来・療養費の別	医療機関名	支払った金額 (保険内負担金額)
1	(氏名) ..... (個人番号)		名称	円 再・誤
2	(氏名) ..... (個人番号)		名称	円 再・誤
3	(氏名) ..... (個人番号)		名称	円 再・誤
4	(氏名) ..... (個人番号)		名称	円 再・誤
5	(氏名) ..... (個人番号)		名称	円 再・誤
6	(氏名) ..... (個人番号)		名称	円 再・誤
7	(氏名) ..... (個人番号)		名称	円 再・誤
今回申請の診療月以前の1年間に高額療養費(前期高齢者の外来分のみの支給は除く)の支給を3回以上受けた場合、直近の月から記入してください。				
令和 年 月 診療分	令和 年 月 診療分	令和 年 月 診療分		
課税区分	現役並みⅠ・現役並みⅡ・現役並みⅢ・一般・低Ⅰ・低Ⅱ ア・イ・ウ・エ・オ			
受領方法	1. 下記口座へ振込 2. 高額貸付 3. その他 ( )			
振込先	金融機関名	銀行・信組 農協・信金	本店・支店 支所・出張所	受付印
	口座番号	普通・当座 ( )		
	口座名義人	(フリガナ)		
請求額	円	支給確定額	円	過去1年間の高額療養費支給回数
		本人支給額	円 本請求書	3回以下・多数
		税充当額	円 別紙請求書	