

## 国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者 記号番号	余		太枠の中を記入してください。							
診療年月	年 月		世帯	ア	イ	ウ	エ	オ	重・ひ・乳	
			判定	現Ⅰ	現Ⅱ	現Ⅲ	一般	Ⅱ	Ⅰ	
高額療養費 支給回数	1 1～3回目	世帯合算 の有無	有 無	療養の 期 間	年 月 日から 年 月 日まで					日間
	2 多数該当									
傷病原因について、業務上又は第三者行為の有無			有 無							
療養を受けた 病院、診療 所、薬局等の 名称及び所 在地	所在地									
	名称									
	受診者氏名		該当年齢区分	区分	療養に要した費用額	一部負担額	種類			
	個人番号									
1			未就学	前高	入 外 調 他			一般		
			～64歳	70歳～				退職		
2			未就学	前高	入 外 調 他			一般		
			～64歳	70歳～				退職		
3			未就学	前高	入 外 調 他			一般		
			～64歳	70歳～				退職		
療養に要した費用額			保険者負担額		一部負担額 A		自己負担限度額 B		支給金額 A-B	
							内他法負担振替分			

上記のとおり申請します。										
令和 年 月 日										
住所 余市町 町 丁目 番地										
申請者(世帯主) 氏名 電話番号 ( )										
個人番号										
余市町長 様										
支払 区分	口座振替 窓口受取	銀行	農協	本店	<input type="checkbox"/>	普通				
		信用金庫	漁協	支店	<input type="checkbox"/>	当座				
口座名義人 (世帯主の口座)		(フリガナ)								