

国民健康保険高額療養費支給申請書 ( 年 月診療分)

被保険者証の記号・番号		愛 一		第三者行為	該当・非該当
療養を受けた被保険者名	年齢	療養を受けた病院等の名称	入院・通院・歯科 その他の別	一般職 退の職別	一部負担金として 支払った額
( )			入院・通院 医・歯・調・その他( )	一般職 退	円
同上	同上		入院・通院 医・歯・調・その他( )	一般職 退	円
( )			入院・通院 医・歯・調・その他( )	一般職 退	円
同上	同上		入院・通院 医・歯・調・その他( )	一般職 退	円
( )			入院・通院 医・歯・調・その他( )	一般職 退	円
同上	同上		入院・通院 医・歯・調・その他( )	一般職 退	円
( )			入院・通院 医・歯・調・その他( )	一般職 退	円
同上	同上		入院・通院 医・歯・調・その他( )	一般職 退	円

上記のとおり申請します。

年 月 日 世帯主 住 所 愛別町字 番地  
氏 名 ⑩  
愛別町長様 個人番号

私は、申請金額の請求受領を に委任します。

年 月 日 世帯主 住 所 愛別町字 番地  
愛別町長様 氏 名 ⑩

口座振込先	金融機関	ゆうちょ・旭川・上川中央 他 ( )	銀行・農協 信用金庫	支店名	九七八・愛別 他 ( )	(本・支)店 (本・支)所
	口座 種別	普通・当座	名義人 氏名	口座 番号		

※名義人氏名はカタカナでご記入ください。

市 町 村 記 入 欄													
所得要件		世帯合算		窓口負担額				限度額		支出決定額			
ア・イ・ウ・エ・オ・多		有・無		円				円		円			
現役1・2・3・一般・低Ⅱ・低Ⅰ													
高額療養費 支給の状況	回数	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	診療年月												
	支払年月												
備考													