第14号様式その1(1)(第19条関係)

# 国民健康保険　高額療養費　支給申請書

枚中　　枚目

| 保険証番号 | 世帯主氏名 | 診療年月 | 課税区分 | 所得区分 |
|---|---|---|---|---|
| | | 年　月 | | |

| 交通事故等の第三者行為 | 有　・　無 | |
|---|---|---|

| 請求年月 | 療養を受けた被保険者氏名 | 生年月日 / 個人番号 | 性別 | 医療機関名 | 入外 | 日数 | 総医療費 / 患者負担額 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | 支給済額 | 被保険者負担額 | 限度額 | 支給額 |
|---|---|---|---|---|
| | 円 | 円 | 円 | 円 |

上記のとおり申請いたします。　　年　月　日

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
(世帯主)

電話番号(連絡先)

| | | | 種目 | 口座名義人 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1:現金 | 銀行 | 支店 | 1.普通(総合) 2.当座 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |
| 2:振込 | | | 口座番号 | 氏名 | |