

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

①	種 別	一般・退本・退扶	前期高齢(65才~69才)・前期高齢(70才~74才)・未就学児			
	負担区分	ア・イ・ウ・エ・オ	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ	一般・低Ⅱ・低Ⅰ	負担割合	1割・2割
被保険者証番号		療養を受けた被保険者の氏名	性 別	生 年 月 日		続 柄
			男・女	昭和 平成	年 月 日	
傷 病 名			個人番号			
診療を受けた期間		平成 年 月 日 から 同月 日 まで 日間				
診療を受けた 病院・診療所等		名 称				
		所在地				
診療に対し支払った金額		円	区分	入院・入院外・歯科・調剤・その他	第三者	有・無
②	種 別	一般・退本・退扶	前期高齢(65才~69才)・前期高齢(70才~74才)・未就学児			
	負担区分	ア・イ・ウ・エ・オ	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ	一般・低Ⅱ・低Ⅰ	負担割合	1割・2割
被保険者証番号		療養を受けた被保険者の氏名	性 別	生 年 月 日		続 柄
			男・女	昭和 平成	年 月 日	
傷 病 名			個人番号			
診療を受けた期間		平成 年 月 日 から 同月 日 まで 日間				
診療を受けた 病院・診療所等		名 称				
		所在地				
診療に対し支払った金額		円	区分	入院・入院外・歯科・調剤・その他	第三者	有・無
支払額合計 = ※計算欄 自己負担額 未払い 自己負担限度額 高額療養費						
※該当月 年 年 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月 回目・多数該当						
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 むつ市長 様 住 所 _____ 世帯主 氏 名 _____ 電 話 ( ) _____ 個人番号 _____						
振 込 先		銀行・信用金庫・信用組合			本店・支店・営業部	
		普通・当座	口座番号			
		(フリガナ)	-----			
		口座名義人				

※届出人が世帯主又は、世帯員以外の場合は、住所・氏名・電話番号・世帯主との続柄を裏面に記入してください。

住 所 \_\_\_\_\_  
届出人 氏 名 \_\_\_\_\_ 電 話 (      ) \_\_\_\_\_  
続 柄 \_\_\_\_\_