

袋井市国民健康保険高額療養費支給申請書

受付  
日

|                                                                                                                                                                          |                |                       |                  |                       |                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------|------------------|-----------------------|----------------|
| 被保険者記号番号                                                                                                                                                                 |                |                       |                  | 年 月 診療分               |                |
| 療 養 を 受 け た<br>被 保 険 者 の 氏 名<br>生 年 月 日<br>個 人 番 号                                                                                                                       | 昭・平・令 年 月 日    |                       | 昭・平・令 年 月 日      |                       | 昭・平・令 年 月 日    |
| 傷 病 名                                                                                                                                                                    | 診療報酬明細書のとおり    |                       |                  |                       |                |
| 療 養 を 受 け た<br>病 院 等 の 名 称<br>及 び 所 在 地                                                                                                                                  |                |                       |                  |                       |                |
| 病 院 等 で 療 養 を<br>受 け た 期 間                                                                                                                                               | 年 月<br>日から 日まで |                       | 年 月<br>日から 日まで   |                       | 年 月<br>日から 日まで |
| 病 院 等 で 支 払 っ た<br>一 部 負 担 金 の 額                                                                                                                                         | 円              |                       | 円                |                       | 円              |
| 前 12 か 月 内 で の<br>受 診 の 有 無                                                                                                                                              | 有 ・ 無          |                       | 振<br>込<br>み<br>先 | 銀 行<br>信用金庫 支店<br>農 協 |                |
| 第三者行為の有無                                                                                                                                                                 | 有 ・ 無          |                       |                  | 普・当 口座番号 ( )          |                |
| 上記のとおり申請します。<br>年 月 日                                                                                                                                                    |                | フリガナ ( )<br>預金名義人 ( ) |                  |                       |                |
| <div style="text-align: right;">             住 所<br/>世帯主 氏 名<br/>個人番号<br/>[電話( ) 番]           </div> <div style="text-align: left;">             袋井市長 様           </div> |                |                       |                  |                       |                |

課税・ウ・エ ・ 非課税・オ ・ 上位所得・ア・イ  
一般 ・ 低所得・Ⅱ・Ⅰ ・ 現役並み・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ

|                      |                |                          |                      |                          |
|----------------------|----------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 高 額 療 養 費<br>算 出 基 礎 | 一 部 負 担 金<br>A | 高 額 療 養 費 支 給<br>決 定 額 B | 高 額 療 養 費 貸 付 額<br>C | 高 額 療 養 費 精 算 額<br>B - C |
|                      | 円              | 円                        | 円                    | 円                        |