

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

受付印

弘前市長 殿

住 所

世帯主氏名

個人番号

電話

下記により高額療養費を申請するとともに、所得基準確認のため、私及び、私の世帯員の収入等の状況について、税務担当課の課税資料を閲覧することに同意します。

被保険者証 記号・番号	弘前	診療月	令和	年	月
----------------	----	-----	----	---	---

① 療養を受けた被保険者				支給区分	自己負担区分
国保種別		氏名			
療養を受けた医療機関				支払額	
名称		診療区分		円	
所在地					
傷病名	別紙レセプトのとおり	療養の期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
療養の事由	1. 病気 2. けが (けがの理由:)				

② 療養を受けた被保険者				支給区分	自己負担区分
国保種別		氏名			
療養を受けた医療機関				支払額	
名称		診療区分		円	
所在地					
傷病名	別紙レセプトのとおり	療養の期間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
療養の事由	1. 病気 2. けが (けがの理由:)				

課税状況	70歳以上	70歳未満	以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた診療月		
			年 月	年 月	年 月

支払方法	口座振替	銀行名		支店名	
		金融機関コード		預金種別	普通 口座番号
	口座名義人				
窓口払い	受取場所		債権者コード		

備考	療養を受けた被保険者の個人番号 ()
----	---------------------