

国民健康保険高額療養費支給申請書							
被保険者証 の記号番号	別海	療養を受けた 者の氏名・生 年月日	昭和・平成・令和 年 月 日		世帯主 との続柄		
※ 傷 病 名		別添「診療報酬明細書」のとおり					
交 通 事 故 等 第 三 者 行 為		有 ・ 無					
治 療 を う け た		名 称					
病 院 ・ 診 療 所 ・ 薬 局		所在地					
治 療 を う け た 期 間		令和 年 月 日 から 日間 令和 年 月 日 まで					
病 院 等 で の 支 払 金 額		円	※ 支給決定額		円		
※ 支給決定根拠		総 医 療 費	保険者負担額	一 部 負 担 額	他 法 負 担 額	自 己 負 担 額	
		円	円	円	円	円	円
※自己負担額決定根拠		前年総所得金額 (月 収)	負 担 種 別	負担別上限負担額	医療費別負担額	今回自己負担額	
		円	円	上位所得者	円	円	円
		円	円	一般	円	円	円
		円	円	住民税非課税世帯	円	円	円
※ 負担種別の区分の根拠は、別海町国保課税台帳の課税基準の金額です。							
上記のとおり国民健康保険高額療養費を別紙関係証拠書類を添えて申請いたします。							
なお、自己負担額算定等のため私の世帯の所得等について調査することに同意します。							
令和 年 月 日							
申請者 (世帯主) 住所 別海町							
氏名 印							
(電話番号)							
(個人番号)							
別海町長 曾 根 興 三 様							

【注】 ※印のところは、記入の必要はありません。

請 求 書

別海町長 曾 根 興 三 様

金 額									円
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	---

件名 高額療養費(令和 年 月診療分)として

上記の金額を請求致します。

令和 年 月 日

住所 別海町

氏名 印

支 払 方 法	・ 口 座 振 替 払	口 座 振 替 依 頼 書	取引 銀行 名	信金・農協 本店	口座 番号	普通 当座								支払 期限
	銀行・漁協 支店													
	・ 隔 地 払					郵便 番号								月
・ 現 金 払													日	
・ 小 切 手 払														
※ 請求書No.(送金通知書の内訳となりますので記入願います。)														