

支 出 伺 支給決定	課 長	課長補佐	係 長	主 査	係

国民健康保険高額療養費支給申請書(年 月診療分)

被 保 険 者 証 の 記 号 番 号 083		申請年月日 年 月 日	
		住 所 福智町	
		世帯主氏名	
		個人番号 * * * * * * * * * *	
		連絡先 TEL	

No	診療を受けた被保険者氏名	生 年 月 日	性別	診療を受けた医療機関名	入院・外来
		個 人 番 号			
1		年 月 日	男		入院 外来 第三
			女		
2		年 月 日	男		入院 外来 第三
			女		

No	総 医 療 費	一部負担金	他公費制度の支給有無		限 度 額	支給決定額
1			有	(制度名)		
			無	費用徴収額(円)		
2			有	(制度名)		
			無	費用徴収額(円)		
計	円	円		円	円	円

福智町長 殿
上記のとおり高額療養費を申請し、福智町国民健康保険高額療養費の支給について下記事項を確認し同意します。
☐ 医療機関等への医療費の支払いが済んでいること
☐ 支給額の計算について、医療費助成制度等により減免・免除となっている自己負担額は除くこと
医療費助成制度等利用の有無 有 無
☐ 必要と認めた場合、町が医療機関等へ納付確認をすること
☐ 高額療養費支給申請書の内容に偽り、その他不正があった場合は受給額を返還すること
世帯主氏名 _____

区 分	未就学	若年	65	70	多 数
					該 当 非該当

☐	給付	☐	通知
☐	一覽	☐	請求