

※記載例

決 裁	課 長	班 長	課 員	担当者	平成 年 月 日 支給決定
					自己負担限度額 円
					確定高額療養費 円

国民健康保険高額療養費支給申請書（平成 18 年 7月診療分）

被保険者証の記号番号		0 0 0 0 9 8 7					
① 診療月	1 8 0 7	② 単独・合算の別	1. 単独 2. 合算	③ 多数該当の有無	1. 無 2. 有	④ 証明書の種類	1. 一般 2. 上位 3. 非課税
療養をうけた方の氏名、生年月日及び世帯主との続柄		⑤ 氏名 大潟 花子 (続柄) 生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日 (子)		氏名 (続柄) 生年月日 年 月 日 ()			
ア. 傷病名		⑥ 別添レセプトのとおり		別添レセプトのとおり			
イ. 療養を受けた病院等の名称及び所在地	名 称 所 在 地	〇〇〇〇病院 〇〇県〇〇市					
ウ. イの病院等で療養を受けた期間	18年 5月〇〇日から 18年 5月〇〇日まで (〇〇日間)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)				
エ. ウの期間に受けた療養に対し病院等で支払った一部負担金の額	円		円				
オ. 算定基礎	円				支給算出額		円
上記のとおり申請します。 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 世帯主 住所 南秋田郡大潟村字中央1丁目1番地1 氏名 大潟 太郎 印 電話 45 - 1234 大潟村長 様							

支 払 金 融 機 関	支 払 区 分	振り込み	
	金 融 機 関	1. 秋田銀行 大潟支店	2. 大潟村農協
	口 座 番 号	1 2 3 4	
	口 座 名 義 人	大潟 花子	

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日		平成 年 月 日
	世帯主 (申請者) 氏名 大潟 太郎 印		提出
	代理人の氏名	(フリガナ) オオガタ ハナコ 大潟 花子 印	受付日付印
	代理人の住所	郵便番号 010 - 0443 大潟村字 中央1 丁目 1 番地 1	

※代理受領の場合記載して下さい。