

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 年 月診療分）

被保険者証の記号番号		0	0	0	0				
① 診療月	年	月	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 (続柄) 生年月日 年 月 日 ()			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			⑥ 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							
ウ. イの病院等で療養を受けた 期間			年 月 日から 年 月 日まで (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							支給算出額		
							円		
上記のとおり申請します。 平成 年 月 日 住所 南秋田郡大潟村字 世帯主 氏名 印 電話 - 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		
	口 座 名 義 人		

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 年 月 日		平成 年 月 日
	世帯主 (申請者)氏名 印		提出
	代理人の 氏 名	(フリガナ) 印	受付日付印
	代理人の 住 所	郵便番号 -	