

国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成 年 月 診療分)					受付 平成 年 月 日		受付者		
被保険者証記号・番号			島90 -		世帯主氏名				
療養を受けた者の氏名			1 男・女		2 男・女		3 男・女		
療養を受けた者の生年月日			年 月 日		年 月 日		年 月 日		
世帯主との続柄									
傷病名									
療養を受けた病院 診療所・薬局等の 名称及び所在地		名称							
		所在地							
の療養を受けた期間			年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで		年 月 日から 年 月 日まで		
の期間に受けた療養に対し 病院等で支払った金額									
今回申請の診療月以前1年 間に高額療養費の支給を3 回以上受けた場合は、その 直近診療月			1 平成 年 月 日		2 平成 年 月 日		3 平成 年 月 日		
支払の口座振込み指定有無		有 ・ 無							
払い込み金融機関名				名義人		住所			
口座番号		普・当				氏名			
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 飯舘村</p> <p style="text-align: center;">世帯主</p> <p>飯舘村長 様 氏名 印</p> <p style="text-align: right;">(電話 -)</p>									
高額療養費支給決定伺									
上記のとおり高額療養費支給申請があったので、下記のとおり支給決定してよいか伺います。									
処理 平成 年 月 日					決裁 平成 年 月 日				
課長		係長		係		資格確認		備考	
療養に要した費用額						審査結果の増減額			
審査決定費用額						増減額の内容			
決定金額						備考			
処 理	高額区分				区分	特例調整	支給処理台帳		
	1世帯合算		2	3	4	課税	有	平成 年 月 日	担当者
	多数	その他	多数	長期	その他	非課税	無		
	該当分		該当分	疾病分					