

国民健康保険 高額療養費支給申請書 兼 請求書

診療年月	令和 年 月	記号番号	柏国		
療養を受けた被保険者	入外	費用額	一部負担金の額	医療機関名	その他
	入・外	円	円		
	入・外	円	円		
	入・外	円	円		
診療月以前12箇月の高額療養費 支給回数確認欄（直近3箇月）			年 月	年 月	年 月
第三者行為（交通事故等による負傷）			有 ・ 無		

振込先	名 称	銀行・信用金庫・農協	支店・出張所		
	口座番号		口座種別	普通・当座・（ ）	
	名義人（カナ）				
	名義人（漢字）				

柏原市長 様

高額療養費の支給申請及び、\_\_\_\_\_円を請求します。

また、この高額療養費支給申請書兼請求書の対象となる一部負担金についてはすべて支払い済であること、一部負担金の負担状況に変更があった場合は保険者からの返還請求に応じることに同意します。

令和 年 月 日

世帯主	住所				
	氏名	印		連絡先	（ ）
	個人番号	（記入不要）			
申請人	住所			世帯主との続柄	
	氏名	印		連絡先	（ ）

受付処理欄													
区分	世帯	ア	イ	ウ	エ	オ	合算	多数	認定証発行	長期高額	公費	障害	老人
	高齢	現役並み			一	低所得		合算	多数	療養費		国公費	ひとり親
		Ⅲ	Ⅱ	Ⅰ	般	Ⅱ	Ⅰ	外来のみ					
高割	前期	若人		未就学		備考							
支給決定金額							料金充当			宛名番号		受付	
円							全部	一部	円				