

国民健康保険高額療養費支給申請書

【 年 月診療分】

被保険者記号番号		南丹・		傷病の原因		☐ 第三者行為（交通事故等） ☐ 第三者行為（交通事故等）以外	
療養を受けた 被保険者	氏名						
	個人番号						
生 年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
世帯主との続柄							
療養を受けた病院 診療所等の名称							
当月中に療養を 受けた期間		自 年 月 日 至 年 月 日		自 年 月 日 至 年 月 日		自 年 月 日 至 年 月 日	
診療実日数		日間		日間		日間	
入院外来の区分		入院・外来・調剤		入院・外来・調剤		入院・外来・調剤	
診療科		科		科		科	
病院等へ支払った 金額		(保険診療に係る分) 円		(保険診療に係る分) 円		(保険診療に係る分) 円	
上記のとおり申請します。 年 月 日 住 所 南丹市 南丹市長様 世帯主氏名 (※) (※) 本人が直接持参又は郵送をしない場合は、押印してください。 電話番号 個人番号							
受取金融機関の名称 (世帯主名義の口座) ☐ 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) ☐ 振込口座を指定する 銀行・農協 本店 口座種別 (普通・当座) 信金 支店 口座名義 (カナ) 口座番号							
※世帯主以外の方の口座に振込みをされる場合 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 年 月 日 世帯主 氏 名 (印) 代理人 氏 名 個人番号 住 所							

以下、南丹市 記入欄

所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・現役Ⅰ・現役Ⅱ・現役Ⅲ・一般・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ				
費用額	保険者負担額	一部負担金	負担限度額	支給額	多数 ・ 合算
円	円	円	円	円	