

## 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・		一般 高齢者 ( 割)	退職本人 退職扶養
療養を受けた被保険者	氏名				
	個人番号				
生 年 月 日	S・H・R 年 月 日	S・H・R 年 月 日	S・H・R 年 月 日	S・H・R 年 月 日	S・H・R 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	自 年 月 日	自 年 月 日	自 年 月 日	自 年 月 日
	至 年 月 日	至 年 月 日	至 年 月 日	至 年 月 日	至 年 月 日
診療実日数	日間	日間	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	入院・外来・調剤	入院・外来・調剤
診療科	科	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	(保険診療に係る分) 円	(保険診療に係る分) 円
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第三者の行為 (交通事故等)		<input type="checkbox"/> 第三者の行為 (交通事故等) 以外		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

南丹市長様

住 所 南丹市

(※) 本人が直接持参又は郵送をしない場合は、

世帯主氏名 \_\_\_\_\_ (※) 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)	口座種別 (普通・当座)
銀行・農協	本店
_____ 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。

令和 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

国保世帯	ア・イ・ウ・エ・オ	多数・合算	領収書返却 <input type="checkbox"/>	審査決定印
高齢者	一定 ( I・II・III )・一般・低所得 I・低所得 II	多数・合算		

費用額	保険者負担額	国保優先公費	他方優先公費	一部負担金	負担限度額	支給額
円	円	円	円	円	円	円