

平成30年8月診療分

国民健康保険 高額療養費支給申請書

被保険者証の記号・番号 国民健康保険で診療を受けた月 年 月 診療分 等
氏名 生年月日 昭和 年 月 日 外来 病院等数 支払金額の合計 円
70歳以上被保険者
70歳未満被保険者
※診療月(医療機関を受診した月)が、平成30年8月以降の場合は、この様式を御利用下さい。
※太枠の中のご記入をお願いします。
なお、申請の際には、
①国民健康保険被保険者証
②印鑑(認印)
③医療機関発行の領収証
④通帳など、振込先の口座が判るものをご持参ください。
※本人または同一世帯のご家族以外の方が申請手続きをされる場合は、委任状の添付が必要になります。詳細はお問い合わせください。

上記のとおり、国民健康保険高額療養費の支給を申請します。
令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
(あて先) 那珂川市国民健康保険
世帯主氏名 那珂川 市兵衛
連絡先(電話) 092-000-0000
※療養を受けた人ではなく、世帯主のお名前です。

課税区分 上位ア 上位イ 課税ウ 課税エ 非課税オ
現役Ⅲ 現役Ⅱ 現役Ⅰ 一般 低所得Ⅰ 低所得Ⅱ
多数該当 該当非該当 第三者行為 有・無 高額貸付 有・無
70歳以上被保険者
70歳未満被保険者
高額の療養費算定基礎
※当該月に受診した傷病が、交通事故や傷害事件などの第三者(加害者)の行為によるものであるかをお知らせください。交通事故などで加害者の過失により受けた傷病の医療費は原則として加害者が全額負担すべきものであるため、保険者である那珂川市が該当の有無を把握する必要があります。ご協力の程よろしく申し上げます。
なお、該当する場合は別途申請資料のご提出を依頼しますので、併せてご協力をお願いします。

国民健康保険高額療養費支給請求書

令和 年 月 日
請求額 円 (年 月診療分)

上記の金額を請求します。

(あて先) 那珂川市国民健康保険

住所 那珂川市 西隈1-1-1

世帯主

氏名 那珂川 市兵衛

振込金融機関

金融 〇〇 銀行・信用金庫・信用組合
機関名 農協・労働金庫・()
店名 那珂川 本店・支店 本所・支所
口座番号 普通 当座 1234567
フリガナ ナカガワ イチゴ
口座名義人 那珂川 市護

※療養を受けた人ではなく、世帯主のお名前です。