

被保険者証の記号・番号		な	令和	年	月診療分		
国民健康保険で診療を受けた人							
70歳以上被保険者	1	氏名				円	
		生年月日	昭和	年	月	日	円
		一般・退本・退扶	負担割合	割			
	2	氏名				円	
		生年月日	昭和	年	月	日	円
		一般・退本・退扶	負担割合	割			
70歳	3	氏名				円	
		生年月日	昭・平・令	年	月	日	円
		入院	日数	日～日	日間	支払金額の合計	円

記入例

氏名は、「世帯主の方」のお名前をご記入ください。

連絡先は、平日昼間に連絡が付きやすい電話番号をご記入ください。

国民健康保険高額療養費の申請・請求します。
 令和 年 月 日
 (あて先) 那珂川市国民健康保険
世帯主氏名

連絡先(電話)

課税区分	課税ア	課税イ	課税ウ	課税エ	非課税オ	多数該当	該当非該当	第三者行為	有・無	高額貸付	有・無
	現役Ⅲ	現役Ⅱ	現役Ⅰ	一般	低所得Ⅰ						
70歳以上被保険者	外来	番号	医療費総額	割合	一部負担額	限度額		払戻額			
		1		1 2 3		<input type="checkbox"/> 一般 18,000円 <input type="checkbox"/> 低所得 8,000円	円				
	2		1 2 3		<input type="checkbox"/> 一般 18,000円 <input type="checkbox"/> 低所得 8,000円	円					
	入院・外来	番号	医療費総額	割合	一部負担額	限度額		高額貸付			
		1		1 2 3		<input type="checkbox"/> 現役Ⅲ 252,600円+()-()=812,000円×1%					
		2		1 2							
		外来負担額計						円			
世帯全体	番号	医療費総額	割合								
	3		1 2 3								
	4		1 2 3								
	70歳以上負担額計		一部負担額計				<input type="checkbox"/> 課税ア多数 140,100 <input type="checkbox"/> 課税イ多数 <input type="checkbox"/> 課税エ多数 44,400 <input type="checkbox"/> 非課税オ		<input type="checkbox"/> 課税ウ多数 44,400		給付決定額
										円	

振込先の情報を記入してください。
 世帯主名義以外の口座を指定する場合は、
 世帯主から口座名義人への委任状が必要です。

※金融機関名、支店名、口座番号、口座名義人に誤りがないかもう一度ご確認をお願いします。

国民健康保険高額療養費支給申請書兼請求書

令和 年 月 日

請求額 円 (年 月診療分)

申請期間 年 月 ~ 年 月分

申請書原本 年 月分 に添付

上記の金額を請求します。

(あて先) 那珂川市国民健康保険

世帯主住所 那珂川市

世帯主氏名

振込金融機関※世帯主名義口座以外は委任状が必要です

金融	銀行・信用金庫・信用組合
機関名	農協・労働金庫・()
店名	本店・支店 本所・支所
口座番号	普通 当座
フリガナ	
口座名義人	