様式第１５号（第３４条関係）

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

| 被保険者証記号・番号 | |
|---|---|

| 発病及び負傷の理由 | １第三者行為（交通事故等）　２その他（自損事故・疾病等） |
|---|---|

| 療養を受けた者（氏名） | 個人番号 | 生年月日 | 世帯主との続柄 |
|---|---|---|---|
| | | 年　月　日 | |
| | | 年　月　日 | |
| | | 年　月　日 | |

| 所得区分 | | |
|---|---|---|
| | 70歳以上75歳未満 | 現役Ⅲ・現役Ⅱ・現役Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ |
| | 70歳未満 | 上位(ア)・上位(イ)・一般(ウ)・一般(エ)・非課税(オ) |

| 療養を受けた期間 | 年　月中　入院　日　外来　日 |
|---|---|

| 合計 | | | |
|---|---|---|---|
| 総医療費 | 自己負担限度額 | 支給済額 | 支給額 |
| 円 | 円 | 円 | 円 |

上記の塗りつぶし箇所は記載不要です。

かつらぎ町国民健康保険条例施行規則に基づき高額療養費を支給申請します。

かつらぎ町長　様　　年　月　日

申請者(世帯主)

住　所

氏　名

個人番号

電話番号

【世帯主以外の口座に振込する場合】

住所　　高額療養費受領について

氏名　　左記の者に委任します。

電話番号

世帯主との続柄　　世帯主氏名

| 金融機関名 | | 支店名 | （普通・当座） |
|---|---|---|---|
| 口座番号 | | (カタカナ)<br>口座名義人 | |