

課税状況		
区分	70歳未満	70歳以上
非課税	才	I・II
一般課税	ウ・エ	一般
上位課税	ア・イ	I・II・III
多数該当	有・無	

国民健康保険高額療養費支給申請書兼請求書

(年 月診療分)

令和 年 月 日 みやま市長 様 下記のとおり申請し、請求します。

世帯主 住所 みやま市 瀬高町
山川町
高田町

氏名 印

電話 () -

世帯主の個人番号		被保険者の記号番号	
療養を受けた者の 氏名・性別・生年月日	男 女 昭・平 年 月 日	男 女 昭・平 年 月 日	男 女 昭・平 年 月 日
種 別	一般・退職・前期	一般・退職・前期	一般・退職・前期
被保険者の個人番号			
療養を受けた病院等の 名称及び所在地	名 称		
	所在地		
入院・外来の別及び 病院等で支払った金額	入院 外来 円	入院 外来 円	入院 外来 円
交通事故の有無	交通事故(有・無)	交通事故(有・無)	交通事故(有・無)
療養を受けた者の 氏名・性別・生年月日	男 女 昭・平 年 月 日	男 女 昭・平 年 月 日	男 女 昭・平 年 月 日
種 別	一般・退職・前期	一般・退職・前期	一般・退職・前期
被保険者の個人番号			
療養を受けた病院等の 名称及び所在地	名 称		
	所在地		
入院・外来の別及び 病院等で支払った金額	入院 外来 円	入院 外来 円	入院 外来 円
交通事故の有無	交通事故(有・無)	交通事故(有・無)	交通事故(有・無)
支給額合計			円

1. 口座振込
 前回と同じ

金融機関名・支店名	
銀行・農協・金庫・組合	支所・支店
種目	口座番号
普通・当座	口座名義人(カタカナ)

2. 窓口払い
請求受領印

届出人	<input type="checkbox"/> 世帯主	<input type="checkbox"/> 氏名()続柄()	受付	瀬・山・高()
本人確認欄	1つ	<input type="checkbox"/> 運転免許証・ <input checkbox"="" type="checkbox/>()</td> <td>2つ</td> <td><input type="/> 保険証・ <input type="checkbox"/> 介護保険証・		

療養を受けた者の 氏名・性別・生年月日		男 女 昭・平 年 月 日	男 女 昭・平 年 月 日	男 女 昭・平 年 月 日
種 別		一般・退職・前期	一般・退職・前期	一般・退職・前期
被保険者の個人番号				
療養を受けた病院等の 名称及び所在地	名 称			
	所在地			
入院・外来の別及び 病院等で支払った金額		入院 外来 円	入院 外来 円	入院 外来 円
交通事故の有無		交通事故（有・無）	交通事故（有・無）	交通事故（有・無）
療養を受けた者の 氏名・性別・生年月日		男 女 昭・平 年 月 日	男 女 昭・平 年 月 日	男 女 昭・平 年 月 日
種 別		一般・退職・前期	一般・退職・前期	一般・退職・前期
被保険者の個人番号				
療養を受けた病院等の 名称及び所在地	名 称			
	所在地			
入院・外来の別及び 病院等で支払った金額		入院 外来 円	入院 外来 円	入院 外来 円
交通事故の有無		交通事故（有・無）	交通事故（有・無）	交通事故（有・無）
療養を受けた者の 氏名・性別・生年月日		男 女 昭・平 年 月 日	男 女 昭・平 年 月 日	男 女 昭・平 年 月 日
種 別		一般・退職・前期	一般・退職・前期	一般・退職・前期
被保険者の個人番号				
療養を受けた病院等の 名称及び所在地	名 称			
	所在地			
入院・外来の別及び 病院等で支払った金額		入院 外来 円	入院 外来 円	入院 外来 円
交通事故の有無		交通事故（有・無）	交通事故（有・無）	交通事故（有・無）