

前期高齢者

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

被保険者証 記号・番号	宮	個人番号		世帯主 との続柄	
		療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日	昭和 年 月 日		
受診医療機関		受診期間	支払額(自己負担額)	費用額	
入院	名称	日～ 日 日間			
	住所				
外	名称	日～ 日 日間			
	住所				
来	名称	日～ 日 日間			
	住所				
	名称	日～ 日 日間			
	住所				
上記のとおり申請します 令和 年 月 日 宮津市長 世帯主 住所 〒 宮津市字 _____ 氏名 _____ 個人番号 () 電話 () -					
委任欄	この欄は給付金の 受領を世帯主以外に頼む ときだけ記入してください	上記高額療養費の受領を () に委任します。 令和 年 月 日 世帯主氏名 ④			
振込先	フリガナ	振込金融機関名	口座番号		
	口座名義人	銀行 信用金庫 支店 農協	普通 当座		

支給決定処理(※以下の記入は必要ありません)

課税状況	課税	非課税	無申告	免除	1%負担あり
区分	現役並Ⅲ・現役並Ⅱ・現役並Ⅰ・一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ				多数
外来	① 医療費	円	② 自己負担額	円	レセプト 枚
	+ (① 円 -) × 1% = (A) 円 (自己負担限度額) ② - (A) = [] 円 (支給額)				
入院 + 外来	① 医療費	円	② 入院自己負担額	円	③ 外来自己負担額 円
	+ (① 円 -) × 1% = (A) 円 (自己負担限度額) ② + ③ - (A) = [] 円 (支給額)				

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 書類提示が困難である理由(忘れて持参してない、所在がわからない、())
実存確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 健康保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 福祉医療証 その他 ()
手続き方法	<input type="checkbox"/> 窓口申請(□本人・□代理人) <input type="checkbox"/> 郵送による申請 <input type="checkbox"/> 手続き <input type="checkbox"/> 完了 <input type="checkbox"/> 未