

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月 診療分)

被保険者番号		被保険者氏名							
個人番号		生年月日	年 月 日						
傷病名									
医療機関名称									
医療機関所在地									
療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで	日間	入院・通院 入院区分						
			第三者行為 有・無						
医療機関への支払額	円								
診療費用額	円	支給決定額	円						
振込先	銀 行・信用金庫 農 協・漁 協							本店 支店	普通・当座・ ()
	口座 番号							口座名義 (カナ)	
<p>入善町長 様</p> <p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住所 入善町 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____ 印 _____</p> <p style="text-align: right;">(個人番号 _____)</p> <p style="text-align: right;">電話番号 _____</p>									

注意事項

1. この申請書は、次によって作成してください。
 - (1) 療養を受けた医療機関に内科と歯科があるときは、別々に作成してください。
 - (2) 同じ医療機関で、入院した期間と通院した期間があるときは、別々に作成してください。
2. 領収書を、この申請書に添付してください。
3. 診療を受けた際、処方箋の交付を受け、薬局より薬剤の支給を受けた場合は、係員にその旨を申し出てください。
4. 支給決定及び支払はおおむね受診した月の3か月後になります。

個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票			受付
本人 確認	1点 書類	<input type="checkbox"/> 運転免許証() <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住基カード(写真有) <input type="checkbox"/> 在留カード等 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等(写真確認可) <input type="checkbox"/> 官公署の身分証明書・免許証・許可証(写真有)		入力
	複数 書類	①	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> 住基カード(写真無)	
		②	<input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 法人の身分証明書 <input type="checkbox"/> 官公署の資格証明書(写真有)	