

国民健康保険高額療養費支給申請書（兼）支給決定通知書

（ 年 月 診療分）

被保険者証 記号番号	富	世帯主との 続柄		男・女	
療養を受けた 被保険者氏名		生年月日	年 月 日		
		個人番号			
傷病名		療養を受けた 期間と日数	自 年 月 日 至 年 月 日	日間	
療養を受けた医療 機関の住所名称	住所	別紙領収書（レセプト）のとおり			
	名称				
医療機関に支払った額	領収書確認	円			
	請求書確認				
科目別	入院 入院外 歯科				
備考					
費用額	保険者負担額	一部負担額	他法負担額	自己負担額	支給決定額

区分	一般	上位	65-70	合算	単独分	
	退職	課税	70歳以上	多数該当	多数該当	入院分
	前期高齢者	非課税	未就学児	その他	長期疾病分	その他
			その他		他法負担	

下記の金額の受領を _____ に委任します。

年 月 日 世帯主氏名 _____ 印

振込先金融機関名	<input type="checkbox"/> 座名義者氏名	<input type="checkbox"/> 座記号番号
銀行・信金・金庫・農協・信組 支店名 本所・支店・支所・出張所	ふりがな	

上記のとおり申請します。

診療月 月分 年 月 日

受診者名 富良野市長 様

支給決定額	貸付額	支給額

先に申請ありました高額療養費を上記のとおり
支給決定します。 富良野市長

〒	富良野市
世帯主名	_____ 印
個人番号	_____
連絡先電話番号（	_____）