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			
	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　　㊞

年　月　日

振込先金融機関名	口座名義者氏名	口座記号番号
	ふりがな	

診療月　　月分

受診者名

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

年　月　日

上記のとおり申請します。

富良野市長　　様

富良野市 世帯主名	
個人番号	