前期／若年／世帯合算

国民健康保険高額療養費支給申請書（郵送用）

（宛先）秋田市長

申請日：＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

次のとおり高額療養費の支給申請をします。
また、医療費は支払済であることを申告します。

〒＿＿＿＿＿＿＿＿

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主　氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話（　　）　　－

国保番号	

診療年月	

☐ 第三者行為によるもの

療養を受けた被保険者の氏名	生年月日	医療機関名	総費用額（円）	窓口負担額	個人番号

振込先金融機関				
	金融機関名			
	金融機関コード		店番	
	預金種目		口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人氏名			

（注）・医療機関への支払金額が大きい場合など、必要に応じて支払状況を医療機関へ確認する場合があります。
・高額療養費の支給後に、支給額に変更が生じた場合は、返還を求める場合があります。

多数回判定対象月	年　　月	年　　月	年　　月
窓口負担額合計	円		
限度額	前期個人外来　円	前期世帯合算　円	世帯全体　円
支払金額	円		
備考			

受付日		受付場所		受付者		収納確認	