国民健康保険高額療養費支給申請書（郵送用）

前期／若年／世帯合算

　（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（　　　）　　　　－

□第三者行為によるもの

|  |  |
| --- | --- |
| 国保番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 診療年月 | 令和　　年　　月 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |