

高

国民健康保険 高額療養費支給申請書

( 年 月分)

① 被保険者証記号番号	医 師 組		
② 個人番号			
③ 医療を受けた者の氏名	1	2	3
④ 医療を受けた者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
⑤ 組合員との続柄			
⑥ 傷病名			
⑦ 療養を受けた病院等の名称・所在地	名 称		
	所在地		
⑧ ⑦の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間
⑨ ⑧の期間に受けた療養に対し病院などで支払った額	円	円	円
⑩ 他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか	1. 受けられる (制度名 ) (費用徴収の 有 ・ 無) 2. 受けられない	1. 受けられる (制度名 ) (費用徴収の 有 ・ 無) 2. 受けられない	1. 受けられる (制度名 ) (費用徴収の 有 ・ 無) 2. 受けられない
⑪ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合その直近の診療月	年 月 診療分	年 月 診療分	年 月 診療分

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

(世帯主) 住 所 〒

氏 名

印

個人番号

徳島県医師国民健康保険組合 理事長 殿

フリガナ	
口座名義人	
金融機関名	銀行 支店
種別・口座番号	普通 ・ 当座