

倉敷市国民健康保険高額療養費支給申請書

診療年月	平成	<input type="text" value="6"/> 年	<input type="text" value="4"/> 月	診療分
① 被保険者の証記号・番号	岡 2 <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> - <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>			
② 被保険者の個人番号	<input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="9"/>			
③ 療養を受けた被保険者の氏名	1	<input type="text" value="倉敷"/> <input type="text" value="花子"/>		2
④ 療養を受けた被保険者の生年月日	<input type="text" value="昭"/> <input type="text" value="令"/> <input type="text" value="平"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="9"/> 年	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="8"/> 月	<input type="text" value="昭"/> <input type="text" value="令"/> <input type="text" value="平"/>
⑤ 世帯主との続柄	<input type="text" value="妻"/>			
⑥ 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地	名称	<input type="text" value="倉敷国保病院"/>		
	所在地			
⑦ 入院・外来の別	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="入院"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="歯科"/>	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="入院"/>	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="歯科"/>
	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="入院外"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="調剤"/>	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="入院外"/>	<input type="text" value="4"/> <input type="text" value="調剤"/>
⑧ ⑥の病院等で療養を受けた期間	<input type="text" value="5"/>	日間		日間
⑨ ⑧の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	<input type="text" value="200,000"/>	円		円
⑩ 支払状況	<input checked="" type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 未払		<input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 未払	<input type="checkbox"/> 支払済 <input type="checkbox"/> 未払
⑪ 発症または負傷の理由	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の事故 <input checked="" type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の事故 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の事故 <input type="checkbox"/> その他
⑫ 課税区分(世帯全体)			⑬ 課税区分(70歳以上)	

上記のとおり申請します。
 なお、再審査等により医療費に変更が生じた場合は支給額を調整することを承認します。
 また、申請内容に直接影響のない軽微な誤記や明らかな誤字脱字に対する訂正を市が行うことを承諾します。

令和 年 月 日
 倉敷市長あて
 申請人(世帯主)
 個人番号

住所 倉敷市

氏名

電話 () -

振込口座

口座番号

金融機関CD

フリガナ

名義人

※高額療養費の受領方を委任する場合は、下記「受領委任記入欄」に記入して下さい。

受領委任記入欄	上記、高額療養費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。 令和 年 月 日	
	住所	_____
	世帯主署名	_____
代理人	住所	_____
	氏名	_____

支払区分	<input type="text" value="1"/> 一般	<input type="text" value="2"/> 充当	備考
受付年月日	令和	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	受付窓口 国保 児島 玉島 水島 庄 茶屋町 船穂 真備 受付者