

同じ

銀行
信用金庫
信用組合
農協

支店
支所

普通
当座
貯蓄

口座番号	: : : : :
フリガナ	
口座名義	

第2号様式(第18条第1項)

東金市国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証の記号番号	13.	令和 年 月 診療分					
療養を受けた者の氏名	1	2		3			
療養を受けた者の個人番号							
療養を受けた者の生年月日	昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		
主たる傷病名							
療養を受けた病院・診療所の名称及び所在地	名称						
	所在地						
上記の病院等で療養を受けた期間	1	2		3			
	年 月 日から	年 月 日から		年 月 日から			
	年 月 日まで	年 月 日まで		年 月 日まで			
	日間	日間		日間			
療養に対し病院等で支払った額	円 ()		円 ()		円 ()		
他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるかどうか	受けられる制度名 () 費用徴収の(有・無) 受けられない		受けられる制度名 () 費用徴収の(有・無) 受けられない		受けられる制度名 () 費用徴収の(有・無) 受けられない		
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3か月分	診療月	1月	2月	3月	4月	5月	6月
		7月	8月	9月	10月	11月	12月
上記のとおり申請します。							
令和 年 月 日		住所		氏名			
(宛先) 東金市長		申請者		(世帯主) 個人番号			
		電話					
<input type="checkbox"/> 下記事項に同意の上、高額療養費の支給申請に関する手続の簡素化を希望します。							
(上の口にチェックしてください。)							
1 市の国民健康保険税を滞納している場合その他別に定める手続の簡素化の停止事由に該当した場合は、当該措置が停止されること。(裏面の同意事項1参照)							
2 高額療養費の支給後に審査により支給額が減額になった場合、減額された額を市に返還すること。							
3 その他別に定める事項(裏面の同意事項2参照)							
注 手続の簡素化とは、今後、この申請書の提出を省略することをいいます。							

支給決定額の算出(連1・2)	特例対象 75歳・県内国保	地単事業の利用状況 本人負担(有・無)	自己負担額 円	自己負担限度額 円	支給決定額 円
----------------	------------------	------------------------	------------	--------------	------------