

国民健康保険高額療養費支給申請書
(年 月診療分)

被保険者記号番号		う国		世帯主氏名					
療養を受けた被保険者	個人番号								
	氏名				世帯主との続柄				
	生年月日		年 月 日		発病・負傷年 月 日		年 月 日		
	傷病	名称							
		原因				交通事故等の第三者行為		☐ あり ☐ なし	
		経過							
療養期間		年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)							
受診した医療機関等	所在地				受診状態		☐ 入院 ☐ 外来		
	名称								
受けた療養に対して医療機関等で支払った額				円					
☐ 領収書の持参あり ☐ 領収書の持参なし この申請にかかる医療費の未納はありません。(署名:)									
振込先口座(世帯主)	金融機関名 支店名		銀行 金庫 農協		支店 支所 出張所				
	金融機関コード				支店コード				
	口座番号				預金種別		普通預金		
	(フリガナ) 口座名義人								
	委任状		高額療養費の受領について、上記口座名義人に委任します。 世帯主 氏 名 (印)						
上記のとおり高額療養費の支給を申請します。 年 月 日 うるま市長 様 申請者 住所 (世帯主) 氏 名 電話番号									
※※※※※※ お知らせ ※※※※※※ マイナ保険証(電子資格確認に利用される個人暗号カード)を利用すれば、事前の手続きなく高額療養費制度における限度額を超える支払いが免除されます。限度額認定証の事前申請は不要となりますのでマイナ保険証をぜひご利用ください。									

受付窓口	☐ 本庁 ☐ 石川出張所 ☐ 勝連出張所 ☐ 与那城出張所	算定額	支給決定日	円	審査	受付
			支給予定額	円		
			支給予定日	年 月 日		