

別記様式第17号（第22条関係）

整理番号			決 裁 处 理		決 定 点 数①		点		
資 格 確 認	取 得		支 給 す る 1	支給金額 ③-⑥ 円	費 用 額② ①×10		円		
					一般一部負担金③ (②-④) × 0.3		円		
	喪失	年 月 日	支 給 期 間	年 月 分 日 間	退職一部負担金③ (②-④) × 0.2		円		
摘 要			支 給 し な い 2	(支給しない理由)	他 方 ④ 優 先	他 方 ④ 優 先	円		
					他 担	国 保 ⑤ 優 先	円		
					被 保 险 者 负 担 分 ⑥		円		

一般・退職

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月 診療分)

① 被保険者証記号・番号	木津川	② 療養を受けた被保険者の氏名、生年月日	男・女	③世帯主との続柄	
		年 月 日			
個人番号					
④ 傷病名					
⑤ 療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地	名称				
⑥ ⑤の病院等で療養を受けた期間	入院 外 来	年 月 日から 年 月 日まで			
⑦ ⑥の期間に受けた療養に対し、病院等で支払った額	¥	振込先口座	銀 行 信 用 金 庫 農 協		
⑧ 診療費につき公費負担がありますか。（ありましたか。）	ある・ない		普通 当 座 そ の 他 ()	フリガナ	
⑨ 備考			名義人		
			口座番号		

上記のとおり申請します。

木津川市長様

年 月 日

住 所 木津川市-----

世帯主 氏 名 -----印

電 話 自 宅 -----

連絡先 -----

個人番号

委任の欄	この欄は、給付金の受領を第三者に委任する場合のみ記入してください。	上記高額療養費の受領を（ 年 月 日 ）に委任します。
		世帯主氏名