

整理番号		決 裁 処 理		決 定 点 数①	点
資 格 確 認	取得	年 月 日	1 支給する	支給金額 ③－⑥ 円	費用 額② ①×10 円
	喪失	年 月 日	支 給 期 間 年 月分 日間	(支給しない理由)	一般一部負担金③ (②－④) × 0.3 円
					退職一部負担金③ (②－④) × 0.2 円
					他 方 ④ 負 担 優先 国保 ⑤ 優先 円
摘 要			2 支給しない		被保険者負担分⑥ 円

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 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																	
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																							
		所在地																							
⑥ ⑤の病院等で療養を受 けた期間		入 院	年 月 日から 日間																						
		外 来	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 店																					
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 宛て 年 月 日																									
住 所 木津川市																									
世帯主 氏 名																									
自 宅 — —																									
電 話																									
連絡先 — —																									
個人番号																									
<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																									
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 () に委任します。 年 月 日 世帯主氏名																						