

別記様式第17号 (第22条関係)

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	一般一部負担金③ (②-④) × 0.3		円
摘 要		年 月 日		2 支給しない	(支給しない理由)			他 方 負 担	退職一部負担金③ (②-④) × 0.2	
						他方 ④ 優先	円			
							国保 ⑤ 優先	円		
						被保険者負担分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	
個人番号		年 月 日			
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 其他 ()	フリガナ 名義人
⑨ 備考		口座番号			
<p>上記のとおり申請します。 木津川市長 様 年 月 日</p> <p>住 所 木津川市 _____</p> <p>世帯主 氏 名 _____ ⑩</p> <p>電 話 自 宅 _____</p> <p>連絡先 _____</p> <p>個人番号 _____</p>					
委任の欄	<p>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。</p> <p>上記高額療養費の受領を () に委任します。 年 月 日</p> <p>世帯主氏名 _____ ⑩</p>				