

国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成 年 月診療分)

みなかみ町

①被保険者証 記号番号		②療養を受けた 被保険者氏名	
③一般被保険者 退職被保険者等の別			昭和 年 月 日生
④療養を受けた 病院等の	名称		
	所在地		
⑤傷病名			
⑥療養期間	日から	日まで	日間
⑦病院等で支払った額 (保険診療分)	円		
⑧他の制度から自己負担相当額の全 部または一部につき給付が受けら れるかどうか。またはその制度名 (裏面Ⅱ-4を参照)	a. 受けられる		b. 受けられない
	制度名		
⑨⑧の給付が受けられる場合の費用 徴収等の有無。またはその額	a. 有	b. 無	円
⑩今回申請した診療月以前12ヶ月間 に受けた療養につき高額療養費が 3回以上支給されているかどうか	いる場合の最近3ヶ月間の診療年月		
	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
⑪高額療養費 支給決定額	円	備考	
※支給区分	a. 世帯合算分		b. 多数該当分 c. 長期疾病分 d. その他
	多数該当	その他	
<p>上記のとおり申請いたします。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>世帯主住所 群馬県利根郡みなかみ町</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊟</p> <p>みなかみ町長 様 電話連絡先</p>			
銀行 金庫 組合 農協	本店 支店 本所 支所	預金種類 口座番号	普通・当座・貯蓄 名義人 カナ 漢字