

国民健康保険 高額療養費 支給申請書(70歳未満)

この申請書は、70歳未満の被保険者で医療機関等の窓口で支払った同じ月内の一部負担金の額が、定められた自己負担限度額を超えた場合に払い戻しをする申請手続きに使用します。

＜療養を受けた方＞（国民健康保険の被保険者）（ 年 月 診療分）

フリガナ		生年月日	年	月	日
氏名		個人番号			
続柄	世帯主から見て 本人・妻・子・他()	被保険者番号	北見	-	

＜受けた療養の内容＞

療養を受けた期間	年 月 日から 同年 月 日まで		日間
傷病名(※)	上記期間に要した一部負担額(保険診療分)		円
高額療養費支給回数	1月 2月 3月 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 ()回 <input type="checkbox"/> 多数該当		
診療を受けた病院・診療所・薬局等の名称・所在地	(名称)	(所在地)	(名称)
			(所在地)

※傷病名がわからない場合は記載しなくても結構です。

＜申請者＞（国民健康保険の世帯主）

北見市長 様 (申請日) 年 月 日	
上記のとおり申請します。	
フリガナ	生年月日 年 月 日
氏名	個人番号
	電話番号
住所 (建物名等)	

＜受取方法＞ ※原則として世帯主の口座を指定してください

口座名義人	カナ
郵便局の通帳に振込	通帳の記号 1 0 - 通帳の番号 1
銀行口座に振込	口座番号
銀行・信金・労金 本店 <input type="checkbox"/> 普通	
信組・農協・漁協 支店 <input type="checkbox"/> 当座	

※やむをえず口座を利用できない場合
<input type="checkbox"/> 為替証書払い
<input type="checkbox"/> 窓口払い
市処理欄

北見市使用欄

本人確認	提出方法	世帯区分			療養に要した費用額	円
①番・免・バ・手帳 他() ②証・年金・児童・バス・社員・高齢証 他() ③ヒア	<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 員() <input type="checkbox"/> 同住()	上位Ⅱ ・ 上位Ⅰ		保険者負担額	円	
		一般Ⅱ ・ 一般Ⅰ		一部負担額(A)	円	
	<input type="checkbox"/> 代理人 代理権確認手段 保険証・委任状 他() <input type="checkbox"/> 郵送	受付	入力	確認	他法負担額	円
					自己負担額(B)	円
状況	一般・退職本・退職扶	世帯合算	70歳未満・以上()	差引支給額(A-B)	円	
備考				国保番号		
				宛名番号		

