

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

様式第5号(第8条関係)

一 ・ 高 ・ 長

(平成・令和) 年 月 診療分		被保険者記号・番号		薩川A		
療養の給付を受けた被保険者の氏名、世帯主との続柄及び生年月日並びに個人番号		療養取扱機関の名称及び所在地	療養期間	一般・退職区分 入院・外来区分	発病・負傷の原因	一部負担金
			日から 日間	一般・退職 入院・外来	1. 第三者行為 2. その他	
			日から 日間	一般・退職 入院・外来	1. 第三者行為 2. その他	
			日から 日間	一般・退職 入院・外来	1. 第三者行為 2. その他	
			日から 日間	一般・退職 入院・外来	1. 第三者行為 2. その他	
			日から 日間	一般・退職 入院・外来	1. 第三者行為 2. その他	

一部負担金合計

世帯状況	課税区分	70歳未満	アイウエオ
		前期高齢者(70歳~74歳)	現役Ⅲ 現役Ⅱ 現役Ⅰ 一般 低Ⅱ 低Ⅰ
		多数該当	有 ・ 無
		限度額認定証等交付	有 ・ 無

① 一部負担金合計

② 自己負担限度額

③ 貸付金額

④ 既支給額

⑤ 差引支給額

⑤ = ① - ② - ③ - ④

受付印

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 薩摩川内市

氏名 (電話 - )

代理申請者 住所

氏名 (電話 - )

薩摩川内市長 殿

口座振込依頼書	金融機関名・支店名	種別	口座番号	名義人(フリガナ)

(注) 1 太枠内のみ記入してください。

国保税滞納状況

受付

有 無