

国民健康保険高額療養費支給申請書兼請求書

直方市長 様

次のとおり申請します。

年 月 日

記 号 番 号	
住 所	
世 帯 主	
電話番号	
個 人 番 号	
70 歳以上世帯 はどちらかを選択	☐ 支給簡素化を希望します。
	☐ 支給簡素化を希望しません。
※希望しますを選択した場合、次回以降は申請をしなくても自動でお振込みいたします。 なお、世帯員の状況が変わった場合には簡素化は解除となりますのでご了承ください。	

保険者使用欄

年 月 診療分		区分		多数該 当	該当・非該当	限度額		
受給者名		個人番号	種別	医療機関		区分	支払額	
						入院 外来		
S・H・R 年 月 日						入院 外来		
						入院 外来		
S・H・R 年 月 日						入院 外来		
						入院 外来		
S・H・R 年 月 日						入院 外来		
						入院 外来		
S・H・R 年 月 日						入院 外来		
						入院 外来		
S・H・R 年 月 日						入院 外来		
口座情報	金融機関名	支店	口座番号		口座名義人（カタカナ）			
			普通 （ ）					
マイナンバーカードをお持ちの方ですすでに登録した 公金受取口座の利用を希望する方はチェックを入れてください。				☐ 公金受取口座を希望します。			受付	
※ 医療機関の請求額が減額された場合には、支給額が変更されます。 ※ 国保税滞納世帯は、国保税に充当する場合があります。								

第三者行為 の有無
有 ・ 無