# 国民健康保険　高額療養費　支給申請書

枚中　　枚目

| 被保険者番号 | 世帯主氏名 | 診療年月 | 課税区分 | 所得区分 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 交通事故等の第三者行為 | 有　・　無 | |
|---|---|---|

| 療養を受けた被保険者氏名 | 生年月日<br>個人番号 | 性別 | 医療機関名 | 入外 | 総医療費<br>被保険者負担額 | 領収金額<br>(保険診療分) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| 費用額 | 支給済額 | 被保険者負担額 | 限度額 | 支給額 |
|---|---|---|---|---|
| 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

上記のとおり申請いたします。　　年　　月　　日　申請

また、私が支給申請を行った高額療養費について、その対象となる医療機関等での診療に対する医療費等は、すべて支払済みであることを誓約し、本件について不明な点があれば、尾道市が医療機関等へ支払状況等を確認することに同意します。この誓約の内容が事実と反する場合は、高額療養費の支払いが行われないこと及び虚偽の申請に対する罰則が適用されることを了承します。なお、尾道市が実施する福祉医療費助成制度により助成を受けている場合で、本件により支払われる高額療養費のうち、尾道市が負担している金額がある場合は、その金額について尾道市長へ受領を委任し、その金額を除いた金額で支払いを受けることに同意します。

〒

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（世帯主）

連絡先電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

尾　道　市　長　様

| 振込先 | 金融機関名 | 支店名 | 種目 | 口座名義人<br>(カタカナ) |
|---|---|---|---|---|
| | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 | 本店<br>支店<br>出張所 | 1. 普通(総合)　2. 当座<br>口座番号 | |