

国民健康保険 高額療養費 支給申請書  
前期高齢者差額

(令和 00 年 00 月診療分)

【第三者行為の有無 / 有・無】

被保険者 記号・番号	函	01	療養を受けた 被保険者	氏名	国保 一郎								一般
	999999	療養を受けた 被保険者		生年月日	昭和	平成	00	年	00	月	00	日	
		個人番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	

	療養を受けた病院等の名称	科	入外	療養を受けた期間				療養に対し病院等に 支払った額	
①		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	円
②		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	円
③		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	円
④		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	円
⑤		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	円
⑥		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	円
⑦		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 令和	年 年	月 月	日から 日まで	日間	円

支給 方法	健康	銀行	店番号	0	0	1	種類	普通	当座	口座名義人	コクホ イチロウ	
	金庫 組合	第一	本店	7	6	5	4	3	2	1	氏名	国保 一郎
	窓口受取を 希望する場合	1 市役所会計部	2 湯川支所	3 銭亀沢支所	4 亀田支所	5 戸井支所	6 恵山支所	7 榎法華支所	8 南茅部支所			

上記のとおり申請します。

令和00年00月00日

(宛先) 函館市長

世帯主 住所 函館市 東雲 町 丁目 4 番(地) 13 号

氏名 国保 一郎

個人番号 1234 5678 9012

電話 21-3145

※以下処理欄 (受付担当者記載)

負担割合	2割	3割
限度額区分	課税・低Ⅱ・離職低Ⅱ・低Ⅰ	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ
75歳到達	<input type="checkbox"/> 到達月該当	食事申請 <input type="checkbox"/> 有
多数該当	<input type="checkbox"/> 有 (1回目 年 月)	

同世帯申請	<input type="checkbox"/> 有 (有の場合は合算有無へ)
世帯合算	<input type="checkbox"/> 有 【70歳未満・70歳以上】 <input type="checkbox"/> 無
装具申請	<input type="checkbox"/> 同日有 <input type="checkbox"/> 済 (指示月 年 月)
勸奨通知	<input type="checkbox"/> 受診機関不足時支給保留の旨了承済み

受付	本 庁	湯 川	銭亀沢	亀 田	戸 井	恵 山	榎法華	南茅部
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

入 力	検 証
-----	-----