枚目／　　枚

国民健康保険高額療養費支給申請書

（令和　　年　　月診療分）　　【第三者行為の有無 / 有・無 】

被保険者記号・番号	函	療養を受けた被保険者	氏名		一般
			生年月日	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
			個人番号		

①	傷病名	別紙診療報酬明細書のとおり				
	療養を受けた病院等の名称	病院 医院	診療区分	医科・歯科 調剤・訪看	入院 入院外	
	療養を受けた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	療養に対し病院等に支払った額	円		
②	傷病名	別紙診療報酬明細書のとおり				
	療養を受けた病院等の名称	病院 医院	診療区分	医科・歯科 調剤・訪看	入院 入院外	
	療養を受けた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	療養に対し病院等に支払った額	円		
③	傷病名	別紙診療報酬明細書のとおり				
	療養を受けた病院等の名称	病院 医院	診療区分	医科・歯科 調剤・訪看	入院 入院外	
	療養を受けた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	療養に対し病院等に支払った額	円		
④	傷病名	別紙診療報酬明細書のとおり				
	療養を受けた病院等の名称	病院 医院	診療区分	医科・歯科 調剤・訪看	入院 入院外	
	療養を受けた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで　日間	療養に対し病院等に支払った額	円		

支給方法				
	銀行 金庫 組合　本店 支店	店番号	種類 普通 ・ 当座	口座名義人
		口座番号		ﾌﾘｶﾞﾅ
				氏名
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 椴法華支所　8 南茅部支所			

上記のとおり申請します。　　令和　　年　　月　　日

(宛先) 函　館　市　長

世帯主　住　所　函館市　　町　　丁目　　番(地)　　号

氏　名

個人番号

電　話

※以下処理欄（受付担当者記載）

区分	平成27年1月診療分以降
ア	課税　901万円超
イ	課税　600万円超901万円以下
ウ	課税　210万円超600万円以下
エ	課税　210万円以下
オ	□ 非課税　□ 離職者非課税

多数該当	□ 有（１回目　年　月）
世帯合算	□ 有【70以上・70未満】
装具申請	□同日有　□済（指示月　年　月）
食事申請	□ 有

備考	主変・相続・限度額区分変更等の連絡事項

受付	本庁	湯川	銭亀沢	亀田	戸井	恵山	椴法華	南茅部

入力	検証