

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 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	年	月		日
			個人番号					

①	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
		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		円	
②		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		円	
③		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		円	
④		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		円	
⑤		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		円	
⑥		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		円	
⑦		医・歯 調・訪	入院 入院外	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間		円	

支給方法	銀行 金庫 組合	店番号	種類	普通・当座	口座名義人		
					口座番号		
		本店 支店				フリガナ	氏名
	窓口受取を 希望する場合	1 市役所会計部 5 戸井支所	2 湯川支所 6 恵山支所	3 銭亀沢支所 7 椴法華支所	4 亀田支所 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)

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	<input type="checkbox"/> 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	椴法華	南茅部
----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

入 力	検 証
-----	-----