

## 国民健康保険 高額療養費 支給申請書

1枚中 1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
12345678	尾道 太郎	令和〇〇年〇〇月		

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 個人番号	性別	医療機関名	入外	総医療費 被保険者負担額	領収金額 (保険診療分)
尾道 花子	s〇〇.〇〇.〇〇 9876 9876 9876	女	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 病院	外来	〇,〇〇〇円 △,△△△円	

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。 令和〇〇年 〇月 〇日 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かった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。

〒 722-0045  
尾道市久保一丁目15-1

住所

申請者氏名 尾道 太郎 個人番号 1234 1234 1234  
(世帯主)

連絡先電話番号 0848-38-9144

尾道市長様

振込先	金融機関名	支店名	種目	口座名義人 (カタカナ)
	〇〇 <input checked="" type="checkbox"/> 銀行 信用金庫 信用組合 農協	〇〇 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 出張所	<input checked="" type="checkbox"/> 普通(総合) 2. 当座 口座番号	1 2 3 4 5 6 7