国民健康保険高額療養費支給申請書

記号 番号		負担区分	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ	前期高齢 (65～69歳)	未就学児
診療月	年　　月		前期高齢者 (70~74歳)	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ	負担割合	2割・3割

受診者 ①	ふりがな	生年月日	個人番号	
		昭 平 令　　年　　月　　日	第三者 有・無	一般
受診者 ②	ふりがな	生年月日	個人番号	
		昭 平 令　　年　　月　　日	第三者 有・無	一般

受診者	医療機関		入院 外来	療養期間	点数	支払額
		医科 歯科 調剤	入・外	日から　日まで (　日間)	点	円
		医科 歯科 調剤	入・外	日から　日まで (　日間)	点	円
		医科 歯科 調剤	入・外	日から　日まで (　日間)	点	円
		医科 歯科 調剤	入・外	日から　日まで (　日間)	点	円
		医科 歯科 調剤	入・外	日から　日まで (　日間)	点	円
		医科 歯科 調剤	入・外	日から　日まで (　日間)	点	円
		医科 歯科 調剤	入・外	日から　日まで (　日間)	点	円
		医科 歯科 調剤	入・外	日から　日まで (　日間)	点	円
		医科 歯科 調剤	入・外	日から　日まで (　日間)	点	円
		医科 歯科 調剤	入・外	日から　日まで (　日間)	点	円

高　額 該当月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	多数該当　　回目	合計支払額	円
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			

追加	＜計算欄＞　　自己負担額　　未払い分　　自己負担限度額　　支給額
保留	

上記のとおり申請します。　　令和　　年　　月　　日

むつ市長　様

＜世帯主＞　　郵便番号　〒

住所

氏名

電話番号　　－　　－

＜窓口にお越しの方＞　氏名

※世帯主との続柄　配偶者・子・その他（　　）

振込先 口座 (世帯主)	新　規 変　更 登録済		銀行・農協 信用組合 信用金庫 労働金庫		本店 支店 出張所 営業部	口座番号	普通 当座
						口座名義人 (カタカナ)	