

(様式第8号)

国民健康保険 高額療養費 支給申請(請求)書

国保 記号番号	中津	診療年月	年	月
---------	----	------	---	---

療養を受けた被保険者氏名	生年月日	個人番号	医療機関・入院 外来・一部負担金
	昭・平・令 年 月 日		別紙(領収証)、記入票を添付
	昭・平・令 年 月 日		
	昭・平・令 年 月 日		

上記のとおり申請します。

申請日	令和 年 月 日
-----	----------

本庁 <input type="checkbox"/>	受付者
三光 <input type="checkbox"/> 耶馬溪 <input type="checkbox"/>	
本耶馬溪 <input type="checkbox"/> 山国 <input type="checkbox"/>	

【申請者】(世帯主)

住所	個人番号
氏名	電話番号

【届出人】(世帯主本人が申請する場合は記入する必要はありません)

住所	
氏名	電話番号
世帯主との関係	身分確認(免許証など)

振込先(世帯主名義)	銀行コード ()	店番 ()
	銀行 信金 農協 信組	支店 出張所/代理店
	口座番号 (普通)	口座名義(カタカナ)

中津市長あて

※保険者記入欄

【高齢者】

外・入区分	外来(個人)	外来+入院(世帯)			一部負担金	
所得区分	現役並み			一般 (多数回該当)	低II	低I
	III	II	I			
	(多数回該当)					
					限度額	
					税充当(国保税・こども医療)	
					支給決定額	

(単位:円)

※平成27年1月診療以降 【一般 退職(本人 扶養)】

	3回目まで	多数回該当			
所得区分	ア	イ	ウ	エ	オ

- 限度額発行確認
- メモ確認
- 総合システム確認
- 収納状況確認
- 食事代確認
- 第三者行為確認

※備考欄

保険者確認印