

様式第12 (第12条関係)

本件を承認する。							起案 年 月 日
下記のとおり支給してよろしいか。							
一部負担金の額		一部負担金等 のうち本人負 担額		高額療養費 支給決定額			円
Ⓔ費用徴収額	(円)		円	Ⓔ分	(円)		
限度額算定内訳							

国民健康保険 高額療養費 支給申請書兼領収書

(年 月診療分)

被保険者証
記号番号

療養を受けた 被保険者名			
個人番号			
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
一般退職等の別	一般	一般	一般
傷 病 名			
療養を受けた 病院等	名 称 所在地		
療 養 期 間	年 月 日から 日間 同 月 日まで	年 月 日から 日間 同 月 日まで	年 月 日から 日間 同 月 日まで
療養につき支払った 一部負担金の額	円	円	円
公費負担医療に係る 費用徴収の額	円	円	円
当申請の診療月以前12箇月間に高額療養費を 受けた時は、その療養の年月(直近3回)	年 月	年 月	年 月
上記のとおり申請します。 年 月 日			
住 所 高浜市 町 丁目 番地 申 請 者 個人番号 (世帯主) 氏 名 電 話 () -			
高浜市長 殿			
振込先	指定金融機関名	店 名	預金の種類
	銀行 金庫 組合	店	普 通 当 座
			口座番号
			口座名義人

院外処方追加の有無 有・無 有の場合の薬局名 _____

第三者行為 有・無 有の場合、届出 済・未済 _____