|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **国民健康保険高額療養費支給申請書**  （　　　　　年　　　月診療分） | | | | | |
| ①  被保険者証の  記号番号 | ②  療養を受けた  被保険者の氏名 | ③個人番号 | | ④生年月日 | ⑤  世帯主との  続　　柄 |
|  |  |  | | 年月日 |  |
|  |  | | 年月日 |  |
|  |  | | 年月日 |  |
| ⑥第三者行為（交通事故等）による負傷 | 有 　・ 　無 | | 第三者行為による場合は、別途「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 | | |
| ⑦※  療養を受けた病院等  の名称及び所在地 | 名　　　称 | | 所　　在　　地 | | |
|  | |  | | |
| ⑧※  ⑦の病院等で  療養を受けた期間 | 年　　月　　日から同月　　　日まで　　　　　日間 | | | | |
| ⑨※  ⑧の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額 | 円 | | | | |
| ⑩※  支　払　内　訳 | 支給決定額　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | |
| ⑪※  備　　　考 |  | | | | |
| 上記のとおり申請いたします  日出町長　　 　様  令和　　　年　　　月　　日  住　所　日出町  世帯主  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　－　　　　　　 　　）  代理届出者  住 所  氏 名 | | | | | |

（注）この申請書には、領収書を添付してください。（※の欄は記入する必要がありません。）

本人確認書類　　　□マイナンバーカード　　□免許証　　□その他（　　　　　　　　　　　　）