国民健康保険　高額療養費　支給申請書兼請求書

（ ７０歳未満・７０歳以上 ）

記号番号	０７０－

（　　年　　月診療分）

年　　月　　日

遠 賀 町 長 殿

住 所 〒８１１－

遠賀町

印

世帯主 氏名

（個人番号　　）

電 話　２９３－

下記のとおり必要書類を添えて申請（請求）します。

なお、課税状況については、遠賀町健康こども課が

調査することに同意します。

療養を受けた者の 氏 名 ・ マイナンバー 生 年 月 日	1	2	3
	個人番号	個人番号	個人番号
	年　月　日	年　月　日	年　月　日
発病又は負傷の理由	1:第三者行為(交通事故等)　2:その他(自損事故・疾病等)		

口座払　・　窓口払

金 融 機 関 名	信用金庫・銀行	口座種別	普通 ・ 当座
本・支店名	本店・支店	口座番号	
フリガナ			
口 座 名 義 人 (世 帯 主)			

＊町処理欄（これより下は記入不要です。）

７０歳以上 課税区分	○低Ⅰ　○低Ⅱ　○一般　○上位所得	多数該当	４回以上・４回未満
世帯全体 課税区分	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ	高額療養費 貸付金の有無	有・無

支払決定額のうち、 高額療養費貸付金返還額	円

本 人 支 給 額	円

左記の返還金並びに本人支給額を請求します。

なお、返還金については、町指定の口座へ

また、本人支給額については、上記の方法にて

支払われることを希望します。