

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)

遠賀町長 殿

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。

| | |
|---------------|------|
| 記号番号 | 070- |
| (令和 年 月診療分) | |
| 令和 年 月 日 | |
| 住所 〒811- | |
| 遠賀町 | |
| <u>世帯主</u> 氏名 | |
| 電話 | |
| 印 | |

| | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-------|-------|
| 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 <u>(世帯主)</u> | | | |

*町処理欄（これより下は記入不要です。）

| | | | |
|---------------|---|-----------------|-----------|
| 70歳以上 課税区分 | <input type="radio"/> 低Ⅰ <input type="radio"/> 低Ⅱ <input type="radio"/> 一般 <input type="radio"/> 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。