

国民健康保険 高額療養費支給申請書

被保険者証番号								平・令	年	月	診療分
No.	療養を受けた被保険者氏名	生年月日	医療機関等	名称	福祉医療等	療養期間	受診者の個人番号 (マイナンバー)				
	総医療費	入院・外来		所在地	傷病名						
①		S R H : :				日間					
②		S R H : :				日間					
③		S R H : :				日間					
④		S R H : :				日間					
⑤		S R H : :				日間					

他 件あり

＜申請書記入欄＞

振込先 金融機関	銀行コード			支店コード			預金種別	口座番号（右詰めで記入）											
	銀行 信金 信組 農協			本店 支店 出張所			<input type="radio"/> 1 普通 <input type="radio"/> 2 当座 <input type="radio"/> 3 貯蓄	口座名義人 (カタカナで 記入)											
							個人番号 (マイナンバー)												

上記のとおり高額療養費の支給を申請します。

なお、高額療養費の申請にあたり、領収書を添付しない場合、平・令 年 月の診療年月の高額療養費の審査（70歳以上のみの世帯で自動口座振込を辞退しない場合は将来の高額療養費の審査を含む）において、私の世帯の被保険者が受診した全ての医療機関等での一部負担金の支払い状況を調査されることについて異議ありません。

また、高額療養費中に私の世帯の被保険者が福祉医療で助成を受けた額が含まれている場合、あらかじめその額を差し引いて支給されること及び、その差し引かれた額を福祉医療費助成額の返還に充てることに同意します。差し引かれずに支給された場合には、神戸市の返還に応じます。

令和 年 月 日

世帯主 住所 神戸市 区

氏名 _____

電話 () - _____

神戸市 区長宛

注：未納保険料がある方については、給付を差し止めることがあります。必ず保険料を完納の上、高額療養費の申請をしてください。

＜神戸市記入欄＞

多数該当状況	年												
	月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
高額療養費支給決定額	不支給理由												整理番号
円													
備考													

起案日：	決裁日：
公開の状況：非公開（神戸市情報公開条例第10条第1号）に該当	課長 係長 係
分類 17・04・02・03	保存 5年
国民健康保険法第57条の2に基づき、支給決定してよろしいか。	

受付日付印
