甲府市国民健康保険高額療養費支給申請書

〒　　-

（あて先）
甲府市長

申請者
（世帯主）

住所

氏名　　㊞

申請日　　年　　月　　日

個人番号

電話番号

被保険者証記号・番号	課税区分	所得区分	診療年月	診療月以前１年間の高額療養費の支給（該当）状況（直近３回）		
			年　月			

	診療を受けた被保険者の氏名 個人番号	療養を受けた医療機関 生年月日	所在都道府県	傷病名	日数（日） 一部負担金（円）	区分等
1		年　月　日 生				入・外 調剤・歯
2		年　月　日 生				入・外 調剤・歯
3		年　月　日 生				入・外 調剤・歯
4		年　月　日 生				入・外 調剤・歯
5		年　月　日 生				入・外 調剤・歯
6		年　月　日 生				入・外 調剤・歯
7		年　月　日 生				入・外 調剤・歯
8		年　月　日 生				入・外 調剤・歯

総医療費（円）		一部負担金（円）		負担限度額（円）	
計算高額療養費（円）		同一診療年月既支給（高額該当）額（円）			
差引支給申請額（円）		多数該当		合算	

振込先 指定口座					
	銀行　信組 金庫　農協	本店 支店	銀行コード 支店コード		
口座 名義人	フリガナ		口座種別	① 普通預金 ② 当座預金	
	氏名		口座番号		

市処理欄	支払方法	通信欄	収納	台帳	受付
	□振込　□直接払				