

受付年月日	課長	補佐	係長	係
年 月 日				

合算枚数  
( / )

国民健康保険高額療養費支給申請書

給付費額報告該当□  
前期高齢者  
( 歳 主・員)  
合算世帯員  
( 歳 主・員)

(令和 年 月診療分) No. \_\_\_\_\_

① 被保険者証の番号  龍国保一	②療養を受けた 被保険者の 氏名・生年月日	氏名	③世帯主 との続柄
	個人番号	昭・平・令 年 月 日	
		個人番号	

④ 傷病名			
⑤療養を受けた病院・ 診療所・薬局等の名 称及び所在地	所在地	④～⑦の項目については、 別添、診療報酬明細書 及び領収書のとおり。	
	名称		
⑥ ⑤の病院で療養を 受けた期間	令和 年 月 日 令和 年 月 日 まで	日間	
⑦ ⑥の期間に受けた 療養等に対し病院及び 薬局等で支払った額	金額 円	療養を受けた理由	1. 疾病・自損事故 2. 業務上の災害 3. 第三者行為(交通事故)

上記のとおり申請します

龍郷町長 殿  
令和 年 月 日

世帯主住所 龍郷町 \_\_\_\_\_

世帯主氏名 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

委 任 状

私は、令和 年 月 日の申請に係る高額療養費の  
受領を \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) に委任します。

龍郷町長 殿  
世帯主 氏名 \_\_\_\_\_

前期	一定	定経		未就学	外来	窓口一部負担金 - 世帯限度額  支給決定額 円
長期疾病	70 一般	II	I	上位	入院	
一般	合	多		課	レセ枚数	
退	単	その他		非	枚	