

受給資格者番号 -

重度心身障がい者
医療費助成

国民健康保険高額療養費支給申請書

令和 元年 6月10日

福島市長

記載例

住所 福島市 五老内町1-1
世帯主 氏名 福島 一郎 (印) 福島
(電話 525-3747)

次のとおり申請します。

(平成・令和) 元年 5月診療分) 同月診療世帯合算 有・無

① 被保険者証 記号番号	島1 3747	② 療養を受けた 者の氏名	福島 太郎	昭和25年4月5日生
③ 被保険者区分	1 一般	2 退職者本人	3 退職者被扶養者	
④ 傷病名	診療報酬明細書のとおり	傷病原因	1 第三者行為・労働災害等 2 その他	
⑤ 病院・診療所 薬局等の名称 所在地	名称 所在地	福島市病院 福島市 五老内町3-1		
⑥ ⑤の病院等で療 養を受けた期間	平成 令和	元年 5月20日から 29日まで	10日間	
⑦ ⑥の区分	1 入院	2 外来	3 院外処方箋	
⑧ ⑥の期間中に病院等に支払った金額 (外来時の薬剤の一部負担金を含む。)				155,000 円
備考				

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を福島市長に委任します。

令和 元年 5月30日

世帯主 住所 福島市 五老内町1-1
氏名 福島 一郎

(印) 福島