高額療養費に関する申立書兼同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　　日

兵庫県知事　　様

一般疾病医療費請求申請において申請を行った月における高額療養費の受給については下記のとおりです。

　また、兵庫県が国民健康保険保険者・後期高齢者医療保険保険者（後期高齢者医療広域連合）に対して一般疾病医療費償還支払いに際して必要となる事項（高額療養費の支給実績・自己負担上限額等）について、照会することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

１　高額療養費等の受給等について

|  |  |
| --- | --- |
|  | あり |
|  | なし |

注）１ 申請月において高額療養費の受給又は申請中の場合は「あり」に〇をしてください。

２ 受給を受けていない又は申請する予定がない場合は「なし」に〇をしてください。

住所：　〒

申請者氏名：

電話番号：

国民健康保険高齢者受給者番号：

後期高齢者医療被保険者番号：

被爆者健康手帳番号（兵庫県）：