

国民健康保険高額療養費支給申請書

証番号		診療月		世帯課税区分		高齢課税区分	
-----	--	-----	--	--------	--	--------	--

国民健康保険で診療を受けた人				診療を受けた病院等			
1	氏名			外来	通院日数	日	費用額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日	日間
2	氏名			外来	通院日数	日	費用額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日	日間
3	氏名			外来	通院日数	日	費用額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日	日間
4	氏名			外来	通院日数	日	費用額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日	日間
5	氏名			外来	通院日数	日	費用額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日	日間
6	氏名			外来	通院日数	日	費用額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日	日間
7	氏名			外来	通院日数	日	費用額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日	日間

第三者行為による傷病

あり ・ なし

支給判定額

本巢市長 様

上記のとおり申請します。

なお、支給決定額については、下記の口座へ振り込んでください。

年 月 日

世帯主 住所

氏名

電話番号

個人番号

既支給額	
支給額	
個人払い	
貸付額	
福祉払い	

振込先	金融機関名	口座番号
	口座名義人	
	(フリガナ)	

※ 世帯主と口座名義人が異なる場合、上記名義人へ高額療養費の受領に関することを委任します。
世帯主 氏名