

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

被保険者番号		世帯主氏名		診療年月		課税区分		所得区分	
	療養を受けた 被保険者氏名	生年月日 個人番号	性別	医療機関名	資格	入 外	日 数	総医療費 患者負担額	償還額
1									
2									
3									
4									
5									
6									
上記の療養は第三者行為によるものですか？				1. はい () 2. いいえ					
貸付額		支払済額		被保険者負担額		限度額		支給額	
円		円		円		円		円	
上記のとおり申請します。 年 月 日 下 松 市 長 様 住 所..... 申請者氏名..... 個人番号..... (世帯主) 電話番号.....									
☐ 公金受取口座を利用します ☐ 公金受取口座を利用しません (下記振込先を希望)									
振 込 先	銀行	本店	種目	口座番号		名義			
	農協 信用金庫 労働金庫	支店 支所 出張所	1.普通 2.当座			フリガナ 氏名			