

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

①被保険者証記号・番号																					
記号		番号																			
②療養を受けた被保険者の氏名	生年月日	世帯主との続柄	個人番号																		
③給付対象医療費	円																				
④療養を受けた病院薬局等の名称																					
⑤交通事故等の第三者行為	有 ・ 無																				
⑥療養期間	年 月 日 から 日まで 日間																				
⑦療養に対して病院等で支払った金額	円																				
⑧世帯限度額	円																				
⑨支給申請額 (⑦-⑧)	円																				
⑩備考																					
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 印 個人番号 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 三朝町長 様																					

下記の口座へ振込願います。

口座振替依頼機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			