

受 付

国民健康保険高額療養費支給申請書

世帯主 住 所 _____
氏 名 _____
個人番号 _____
電 話 () - _____

下記のとおり療養に係る一部負担金を支払ったので申請します。なお、国民健康保険高額療養費は、次の口座に振り込んでください。

金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 農協・信用組合			支店
種 目	普通・当座・	口 座 名 義 人 (カタカナ)		
口 座 番 号				

被保険者記号・番号		診 療 年 月			
下記の療養を受けた期間 の一部負担金の合計額		円	控 除 額	円	支 給 額
所 得 区 分		第 三 者 行 為 を 含 む 療 養 ※該当がある場合は番号を記入			
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名	個 人 番 号	傷 病 名	日 数	一般・退職の別	
生 年 月 日	療 養 を 受 け た 医 療 機 関 等 の 名 称	医 療 機 関 等 の 所 在 地		一部負担金の額	
1					
2					
3					
4					
5					