

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	若桜 ・			世帯主個人番号																			
② 医療を受けた者 氏名・生年月日 世帯主との続柄	氏 名	生年月日	続柄	個人番号																			
③ 給付対象医療費	円																						
④ 医療を受けた医療機関等																							
⑤ 医療を受けた期間	年 月 日 から						年 月 日 まで						日間										
⑥ 支払った金額(保険診療)	円																						
⑦ 世帯限度額	円																						
⑧ 支給申請額(⑥ - ⑦)	円																						
⑨ 備 考																							
<p>上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者(世帯主) 住所 鳥取県八頭郡若桜町大字</p> <p style="text-align: center;">氏名 ⑩</p> <p>若桜町長 矢部康樹 様</p>																							

※ 口座支払希望 ※ 口座振替依頼 未・済

高額療養費を下記の口座に振り込んで下さい(世帯主口座をご記入ください。)

口座振替 依頼欄	金融機関名	店舗名	預金種別	口座番号									
				1 普通預金									
	金融機関コード	店舗コード	2 当座預金										
			3 その他										
	フリガナ												
口座名義													