**国民健康保険高額療養費支給申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者記号・番号 | 上ノ国 | 年月診療分 | 交通事故等の有無 |
| 有・無 |
| 療養を受けた被保険者の氏名・生年月日 | 療養を受けた医療機関の名称及び所在地 | 診療区分 | 療養を受けた期間 | 医療機関に支払った一部負担金額 |
| 一般退本退扶 | 年月日生 |  | 入院・外来 |  | 円 |
| 個人番号 |  |  |  |
| 一般退本退扶 | 年月日生 |  | 入院・外来 |  | 円 |
| 個人番号 |  |  |  |
| 一般退本退扶 | 年月日生 |  | 入院・外来 |  | 円 |
| 個人番号 |  |  |  |
| 合計 | 円 |
| 振込先口座 | 金融機関名 | 店名 | 種別 | 口座番号 | 口座名義（カナ） |
|  |  | 普通当座 |  |  |
| 上記のとおり申請します。 |
|  |  |  | 申請日　　　　　　　 年　　　　月　　　　日 |  |
|  |  |  | 住所　　上ノ国町字　　 |  |
|  |  |  | 世帯主氏名　　　　　　 印 |  |
|  |  |  | 個人番号 |  |
|  |  |  | 電話番号 |  |
|  |  |  |  |  |  |
| なお、上記申請金額の受領について、口座名義人に委任します。 |
| 世帯主氏名 印 |
|  |