

## 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