

国民健康保険高額療養費支給申請書

① 被保険者の記号・番号		寿	課税世帯	回目		
② 診療月		年 月診療分	非課税世帯	世帯合算	所得区分	
③ 療養を受けた被保険者氏名						
個人番号						
④ 療養を受けた被保険者生年月日		昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	
⑤ 世帯主との続柄						
⑥ 交通事故等の第三者行為		有・無	有・無		有・無	
⑦ 療養を受けた保険医療機関の名称及び所在地	名 称					
	所在地					
⑧ 入院・入院外 日数						
⑨ ⑧の期間に受けた療養に対し、支払った金額		円	円		円	
⑩ 振込先	銀行 信用金庫	支店	普通 当座	口座番号		
				口 座 名 義 人		
				フリガナ		
				氏 名		
上記のとおり申請します。						
年 月 日						
世帯主 住 所 寿都町字 町						
氏 名						
個人番号						
電話番号						
寿都町長 様						
⑩ A費用額	B保険者負担額	C被保険者負担額	D限度額	E 差引支給額		
				C－D		