

国 民 健 康 保 険 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書

被保険者記号・番号		世帯主氏名		診療年月		課税区分		所得区分	
タ -									
交通事故等の第三者行為		有 ・ 無							
請求年月	療養を受けた被保険者氏名	生年月日	性別	医療機関名	入・外	日数	総医療費 患者負担額		
		個人番号							
貸付額		支給済額		被保険者負担額		限度額		支給額	
円		円		円		円		円	

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

住所.....

世帯主氏名..... 個人番号

(電話 - -)

振込先	銀 行	支店	種目	口座名義人	
	信用金庫		1. 普通(総合) 2. 当座	フリガナ	
	労働金庫		口座番号	氏名	
	農 協				