# 国民健康保険　高額療養費　支給申請書

| 第三者行為 | 該当・非該当 | 多数 | 該当・非該当 |
|---|---|---|---|

| 保険証番号 | 世帯主氏名 | 診療年月 | 課税区分 | 所得区分 |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

| 療養を受けた被保険者氏名 | 生年月日<br>個人番号 | 性別 | 医療機関名 | 入外 | 日数 | 総医療費<br>患者負担額 | 領収証額 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 総医療費 | 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　鶴田町大字＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　　個人番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話　番号　（　　）　　－＿＿＿＿＿＿＿＿

鶴　田　町　長　殿

| | | | 種目 | 口座名義人 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1:現金 | 銀行 | | 1.普通(総合) 2.当座 | ﾌﾘｶﾞﾅ | |
| | 信用金庫 | 支店 | 口座番号 | | |
| 2:振込 | 農協 | | | 氏名 | |