

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 診療分

①被保険者証記号・番号	世帯主個人番号
②療養を受けた方の氏名・生年月日・世帯主との続柄	個人番号
③給付対象医療費	円
④療養を受けた病院薬局等の名称	
⑤交通事故等の第三者行為	有 ・ 無
⑥療養期間	年 月 日 から 日まで 日間
⑦療養に対して病院等で支払った金額	円
⑧世帯限度額	円
⑨支給申請額 (⑦-⑧)	円
⑩備考	

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

住所

申請者
(世帯主)

氏名

印

電話番号

様

※窓口支払希望

※口座振替依頼書 未 ・ 済

高額療養費を下記の口座に振込んで下さい。

口座振替 依頼機関	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			