国民健康保険　高額療養費　支給申請書

保険証番号	世帯主氏名	診療年月	課税区分	所得区分

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 / 個人番号	性別	医療機関名	入外	日数	総医療費 / 患者負担額

貸付額	支給済額	被保険者負担額	限度額	支給額

豊後高田市長　様

年　　月　　日

上記のとおり申請いたします。

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名（世帯主）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号:

			種目	口座名義人	
1:現金 2:振込	銀行 金庫 信用組合 農協	支店	1.普通(総合)　2.当座 口座番号	フリガナ	
				氏名	

本申請に基づく高額療養費について、上記名義人口座への振り込みをお願いします。　世帯主名:　㊞