

東彼杵町国民健康保険高額療養費 支給申請書

枚中 枚目

保険証番号	世帯主氏名	診療年月	課税区分	所得区分			
		年 月					
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 _____

申請者氏名 _____ (世帯主) Ⓜ 個人番号 _____

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