

高額療養費支給申請書

| | | | | | | | |
|-----|--|-----|--|--------|--|--------|--|
| 証番号 | | 診療月 | | 世帯課税区分 | | 高齢課税区分 | |
|-----|--|-----|--|--------|--|--------|--|

| 国民健康保険で診療を受けた人 | | | 診療を受けた病院等 | | | | |
|----------------|------|--|-----------|------|------|----|------|
| 1 | 氏名 | | 外来 | 通院日数 | 日 | | 支払金額 |
| | 生年月日 | | 入院 | 病院名 | | | |
| | 負担割合 | | | 入院日数 | 日～ 日 | 日間 | 支払金額 |
| 2 | 氏名 | | 外来 | 通院日数 | 日 | | 支払金額 |
| | 生年月日 | | 入院 | 病院名 | | | |
| | 負担割合 | | | 入院日数 | 日～ 日 | 日間 | 支払金額 |
| 3 | 氏名 | | 外来 | 通院日数 | 日 | | 支払金額 |
| | 生年月日 | | 入院 | 病院名 | | | |
| | 負担割合 | | | 入院日数 | 日～ 日 | 日間 | 支払金額 |
| 4 | 氏名 | | 外来 | 通院日数 | 日 | | 支払金額 |
| | 生年月日 | | 入院 | 病院名 | | | |
| | 負担割合 | | | 入院日数 | 日～ 日 | 日間 | 支払金額 |
| 5 | 氏名 | | 外来 | 通院日数 | 日 | | 支払金額 |
| | 生年月日 | | 入院 | 病院名 | | | |
| | 負担割合 | | | 入院日数 | 日～ 日 | 日間 | 支払金額 |
| 6 | 氏名 | | 外来 | 通院日数 | 日 | | 支払金額 |
| | 生年月日 | | 入院 | 病院名 | | | |
| | 負担割合 | | | 入院日数 | 日～ 日 | 日間 | 支払金額 |
| 7 | 氏名 | | 外来 | 通院日数 | 日 | | 支払金額 |
| | 生年月日 | | 入院 | 病院名 | | | |
| | 負担割合 | | | 入院日数 | 日～ 日 | 日間 | 支払金額 |

上記の通り、国民健康保険高額療養費の給付を申請します。

高額療養費

平成 年 月 日

長崎県東彼杵郡東彼杵町長 様

世帯主 住所 東彼杵郡東彼杵町 郷 番地

氏名 ④ 電話番号

金融機関名 支店名

口座名義人 口座番号 種別

委任状

住所

氏名

金融機関名 支店名

口座名義人 口座番号 種別

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

・国民健康保険高額療養費の受領に関する事

平成 年 月 日

世帯主 住所

氏名

印