

高額療養費支給申請書

被保険者記号・番号	診療月	世帯課税区分	高齢課税区分
-----------	-----	--------	--------

国民健康保険で療養を受けた人		療養を受けた病院等					
1	氏名	病院名					
	生年月日	外来	通院日数	日	一部負担金額	円	第三者行為
	負担割合	入院	入院日数	日	一部負担金額	円	有・無
2	氏名	病院名					
	生年月日	外来	通院日数	日	一部負担金額	円	第三者行為
	負担割合	入院	入院日数	日	一部負担金額	円	有・無
3	氏名	病院名					
	生年月日	外来	通院日数	日	一部負担金額	円	第三者行為
	負担割合	入院	入院日数	日	一部負担金額	円	有・無
4	氏名	病院名					
	生年月日	外来	通院日数	日	一部負担金額	円	第三者行為
	負担割合	入院	入院日数	日	一部負担金額	円	有・無
5	氏名	病院名					
	生年月日	外来	通院日数	日	一部負担金額	円	第三者行為
	負担割合	入院	入院日数	日	一部負担金額	円	有・無
6	氏名	病院名					
	生年月日	外来	通院日数	日	一部負担金額	円	第三者行為
	負担割合	入院	入院日数	日	一部負担金額	円	有・無

上記のとおり療養に係る一部負担金を支払いましたので
国民健康保険高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

愛知県愛知郡東郷町長 殿

〒

世帯主 住所

電話番号

氏名

個人番号

一部負担合計額	円	
自己負担限度額	円	
高額療養費	支給額（福祉分）	円
	支給額（申請額）	円

世帯主の公金受取口座を利用します。（口座情報の記入不要）

下記振込口座を指定します。

振 込 先	金融機関名	銀行 信用金庫 農 協	支店名	本店 支店 出張所
	口座種別	普通 ・ 当座	(フリガナ)	
	口座番号	口座名義人		

処理欄	資格	未納	第三者行為	受付者
	有・無	有・無	有・無	