

国民健康保険 高額療養費 支給申請書									
被保険者記号・番号		世帯主氏名		診察年月		課税区分		所得区分	
交通事故等の第三者行為			有 ・ 無						
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	
	個人番号		医療機関所在地					患者負担額	
被保険者負担額		限度額		支給済額		差引支給額			
上記のとおり申請いたします。下記の口座に振り込んでください。年 月 日									
住所 _____									
申請者氏名 _____ 個人番号 _____ (世帯主) TEL _____									
受取 口座	☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） ☐ 振込先口座を指定する。								
振込先 口座	銀行名	支店名	種目	口座名義人					
			1.普通(総合) 2.当座	フリガナ					
			口座番号	氏名					