国民健康保険　高額療養費　支給申請書

受付者＿＿＿＿＿＿

福岡県大野城市長　　年　　月　　日

下記のとおり申請します。　　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印　　電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（世帯主）

被保険者記号番号	世帯主氏名	診療年月	課税区分	所得区分
A　　-				

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	前期	医療機関名	入外	日数	総医療費	患者負担額
	個人番号					一部負担額	

振　込金融機関		口座番号	
		口座名義	ﾌﾘｶﾞﾅ

支給済額	被保険者負担額	限度額	支給額
円	円	円	円

税への充当	金額・金＿＿＿＿＿円を（　　）税に充当します。 住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿