

国民健康保険高額療養費支給申請書

証番号	診療月	年 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	費用額
	生年月日	年 月 日	入院	病院名		
	負担割合	個人番号		入院日数	日～ 日 日間	費用額
2	氏名		外来	通院日数	日	費用額
	生年月日	年 月 日	入院	病院名		
	負担割合	個人番号		入院日数	日～ 日 日間	費用額
3	氏名		外来	通院日数	日	費用額
	生年月日		入院	病院名		
	負担割合	個人番号		入院日数	日～ 日 日間	費用額
4	氏名		外来	通院日数	日	費用額
	生年月日		入院	病院名		
	負担割合	個人番号		入院日数	日～ 日 日間	費用額
5	氏名		外来	通院日数	日	費用額
	生年月日		入院	病院名		
	負担割合	個人番号		入院日数	日～ 日 日間	費用額
6	氏名		外来	通院日数	日	費用額
	生年月日		入院	病院名		
	負担割合	個人番号		入院日数	日～ 日 日間	費用額
7	氏名		外来	通院日数	日	費用額
	生年月日		入院	病院名		
	負担割合	個人番号		入院日数	日～ 日 日間	費用額

第三者行為による傷病（交通事故等）	あり ・ なし	支払金額合計
-------------------	---------	--------

岐阜県瑞穂市長 様  
 年 月 日  
 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。

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_

振込先	金融機関名・支店名	口座番号
		普通 当座
	口座名義人	
	(フリガナ)	

※世帯主と口座名義人が異なる場合、上記名義人へ高額療養費の受領に関することを委任します。

世帯主 氏名

