

証番号	〇〇〇〇〇〇	診療月	令和2年4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		この欄の記入は不要です。			
4	氏名		対象の診療月の「医療機関の領収書」を				
	生年月日		すべてご持参ください。				
	負担割合	個人					
5	氏名		入院	病院名			
	生年月日			入院日数	日～ 日 日間	費用額	
	負担割合	個人番号					
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

令和2年6月20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 瑞穂市別府1288番地

氏名 瑞穂 太郎

太郎

電話番号 058-327-4159

個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇

振込先	金融機関名・支店名		口座番号	
	〇〇銀行 ××支店		普通 当座	〇〇〇〇〇〇〇
	口座名義人			
	(フリガナ) ミズホ タロウ 瑞穂 太郎			

※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