

高額療養費支給申請書

被保険者番号	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	病院名				
	生年月日	外来	通院日数	日	支払金額	
	負担割合	入院	入院日数	日 ~ 日	支払金額	
2	氏名	病院名				
	生年月日	外来	通院日数	日	支払金額	
	負担割合	入院	入院日数	日 ~ 日	支払金額	
3	氏名	病院名				
	生年月日	外来	通院日数	日	支払金額	
	負担割合	入院	入院日数	日 ~ 日	支払金額	
4	氏名	病院名				
	生年月日	外来	通院日数	日	支払金額	
	負担割合	入院	入院日数	日 ~ 日	支払金額	
5	氏名	病院名				
	生年月日	外来	通院日数	日	支払金額	
	負担割合	入院	入院日数	日 ~ 日	支払金額	
6	氏名	病院名				
	生年月日	外来	通院日数	日	支払金額	
	負担割合	入院	入院日数	日 ~ 日	支払金額	
7	氏名	病院名				
	生年月日	外来	通院日数	日	支払金額	
	負担割合	入院	入院日数	日 ~ 日	支払金額	

上記の診療に係る一部負担金の支払いが全額終わっている場合は右の確認欄に○をつけてください。	一部負担金を全額支払いました。		一部負担合計額 限度額 高額療養費
---	-----------------	--	-------------------------

上記の診療について、第三者の行為による傷病の治療が含まれている場合○をつけてください。

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。

年 月 日

愛知県知多郡南知多町長 殿

世帯主 住所 _____

氏名 _____ 電話番号 _____

個人番号	
------	--

金融機関 _____ 支店名 _____

口座名義人(カナ) _____

口座名義人 _____ 口座番号 _____ 種別 _____