

被保険者証記号番号		-	
世帯主氏名		診療月 年 月	
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 支払金額 円
	生年月日 年 月 日 資格区分 一般	入院	病院名
	負担割合 個人番号		入院日数 日間 支払金額 円
2	氏名	外来	通院日数 日 支払金額 円
	生年月日 年 月 日 資格区分 一般	入院	病院名
	負担割合 個人番号		入院日数 日間 支払金額 円
3	氏名	外来	通院日数 日 支払金額 円
	生年月日 資格区分	入院	病院名
	負担割合 個人番号		入院日数 日間 支払金額 円
4	氏名	外来	通院日数 日 支払金額 円
	生年月日 資格区分	入院	病院名
	負担割合 個人番号		入院日数 日間 支払金額 円
5	氏名	外来	通院日数 日 支払金額 円
	生年月日 資格区分	入院	病院名
	負担割合 個人番号		入院日数 日間 支払金額 円
6	氏名	外来	通院日数 日 支払金額 円
	生年月日 資格区分	入院	病院名
	負担割合 個人番号		入院日数 日間 支払金額 円
7	氏名	外来	通院日数 日 支払金額 円
	生年月日 資格区分	入院	病院名
	負担割合 個人番号		入院日数 日間 支払金額 円
上記の療養を受けた期間に病院等へ支払った一部負担金の合算額		円	
高齢課税区分 世帯課税区分		支給予定額 円	
今回申請の診療月以前12月の間に高額療養費の支給を3回以上受けた時はその療養の年月 (最近の3回)		年 月	年 月 年 月
(宛先) 幸田町長 年 月 日		本人確認欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()
本書の通り、国民健康保険高額療養費の支給を申請します。			収納 有・無 第三者行為 有・無
住所		世帯主 氏名 ①	
個人番号		電話 ()	
前回申請された口座			
新規及び上記口座から変更を希望される方は右にご記入ください。	金融機関名	本支店名	種目
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	普通 当座 その他
	フリガナ		
口座名義人			

※太枠内をご記入下さい。