

被保険者証記号番号		○-○					
世帯主氏名		幸田 一郎					
診療月		令和○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	幸田 太郎	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	○○整形外科
	負担割合	○割	個人番号	0000 0000 0000	入院日数	日間	支払金額
2	氏名	幸田 太郎	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	○△総合病院
	負担割合	○割	個人番号	0000 0000 0000	入院日数	◇ 日間	支払金額
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
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
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
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
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
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				
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	
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。						<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 保険証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
住所 幸田町大字○○字△△1番地						収納 有・無	
世帯主 氏名 幸田 一郎			電話 0564 (62) 1111			第三者行為 有 無	
個人番号 0000 0000 0000							
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	口座番号	
	○○ 銀行		△△ 本店		普通	1234567	
	フリガナ		コウタ イチロウ		その他		
口座名義人		幸田 一郎					

※太枠内をご記入下さい。