

国民健康保険 高額療養費支給申請書

証番号		診療月		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		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額
2	氏名	外来	通院日数	日		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額
3	氏名	外来	通院日数	日		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額
4	氏名	外来	通院日数	日		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額
5	氏名	外来	通院日数	日		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額
6	氏名	外来	通院日数	日		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額
7	氏名	外来	通院日数	日		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額

高額療養費

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。

平成 年 月 日

長崎県北松浦郡佐々町長 様

世帯主 住所 _____

氏名 _____



電話番号 _____

金融機関名 _____

支店名 _____

口座番号 _____

種別

普

・

当