

国民健康保険高額療養費支給申請書  
(平成 年 月診療分)

被 保 険 者 証 番 号					
診療を受けた被保険者の氏名 及び生年月日(世帯主との続柄)	資格 区分	診療を受けた医療機 関等の名称・所在地	診 療 を 受 け た 期 間	傷病名(第三者行為)	
				窓口支払金額	備 考
				(有・無)	
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
世帯自己負担 限度額区分		70歳以上自己負担 限度額区分		診療年月以前1年間 高額該当3ヶ月以上 の直近診療年月	
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 _____ 宮代町長 様 氏 名 _____ 印 個人番号 _____ 電話番号 _____					
高額療養費支給申請額		円	特記事項		
金融機関	コード		コード		
	金融機 関名称		支店 名称		
口座種別		口座番号			
口座名義人名 (カタカナ)					
※世帯主以外の方の口座に振込される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 年 月 日 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 世帯主 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 代理人 住 所 _____ 氏 名 _____					
保険者記入欄					