

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

被 保 険 者 証 番 号					
1	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
	個人番号				(有・無) 円
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	診療分 診療分 診療分
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日					
伊奈町長 あて		世帯主	住 所		
			氏 名		
			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	金融機 関名称	コード	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を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 令和 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					