

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

( 年 月診療分)

①被保険者証の記号番号	和7・	振込先銀行・支店名	種類 普・当	口座番号	預金者名(カタカナ)		
②療養を受けた被保険者		③世帯主との続柄 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()	④傷病名	⑤療養を受けた病院診療所薬局等の名称及び所在地 名称 所在地	⑥⑤の病院等で当該月に療養を受けた期間	⑦⑥の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	第三者該当 該当・非該当
氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()		名称			該当・非該当
生年月日	昭・平・令 年 月 日			所在地			
個人番号							
氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()		名称			該当・非該当
生年月日	昭・平・令 年 月 日			所在地			
個人番号							
氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()		名称			該当・非該当
生年月日	昭・平・令 年 月 日			所在地			
個人番号							
氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()		名称			該当・非該当
生年月日	昭・平・令 年 月 日			所在地			
個人番号							
氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()		名称			該当・非該当
生年月日	昭・平・令 年 月 日			所在地			
個人番号							

⑧ 備考

上記の通り申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 新宮市

氏名 \_\_\_\_\_

**新宮市長**

電話番号 \_\_\_\_\_

審査決定				受付
費用額	他法優先	自己負担	高額療養費	
円		円	円	
備考	(台帳: 年 月 )		うち薬剤一部負担金額	