

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	口座番号	預金者名(カタカナ)			
			普・当					
②療養を受けた被保険者		③世帯主との続柄	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		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
氏名		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> ()		名称				
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	