

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 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				☐ 本 人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()		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				☐ 本 人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()		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				☐ 本 人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()		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				☐ 本 人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()		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				☐ 本 人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()		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				☐ 本 人 ☐ 配偶者 ☐ 子 ☐ ()		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		