

国民健康保険高額療養費支給申請書

記号・番号		和25		診療月	令和	年	月	診療分
NO	診療を受けた者の氏名	生	年	月	日	世帯主との続柄	診療を受けた医療機関	*個人番号* 番号のわかる方は記入願います。
1		昭和 平成	年	月	日		別添領収書のとおり	
2		昭和 平成	年	月	日			
3		昭和 平成	年	月	日			
4		昭和 平成	年	月	日			
5		昭和 平成	年	月	日			
支払った医療費の合計				備考				
疾病又は負傷は交通事故等の 第三者の行為によるものですか		はい ----- いいえ	はい と答え た方 →	第三者行為の届出は 既にお済ですか		はい ----- いいえ	いいえ と答えた方は 別に第三者行為の 届出をお願いします	
令和 年 月 日 住 所 有田川町大字 番地 電話番号 — — 世帯主※ (代表相続人) 氏名 *個人番号* 番号のわかる方は記入願います。 有田川町長 殿								
振込口座	☐ 高額登録済み振込口座		支払先コード		—			
	☐ 下記口座 ☐ マイナンバーに登録済みの公金受取口座							
金融機関名		種別	普通 ・ 当座		フリガナ			
支店支所名		口座 番号			名義人 氏 名			

審査結果については別紙のとおりとする。

		(別世帯の方のみ記入必須)	
届出人氏名		世帯主との関係(続柄)	
生年月日 昭和・平成 年 月 日		住所	
		電話 ()	