

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証の記号・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 — —					
世帯主氏名					
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: yellow; padding: 2px;">*個人番号*</div> <div style="background-color: yellow; border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-left: 5px;"></div> </div> <small>番号のわかる方は記入願います。</small>					
有田川町長 殿					
振込口座	<input type="checkbox"/> 高額登録済み振込口座		支払先コード	—	
	<input type="checkbox"/> 下記口座 <input type="checkbox"/> 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 ()

職員確認欄 本人確認 免・パ・個カ・身・保・介・年手・年証・他 ()