

国民健康保険 高額療養費 支給申請書						
被保険者記号・番号	世帯主氏名	診療年月	課税区分	所得区分		
【第三者行為の有無/有・無】						
請求年月	療養を受けた被保険者氏名	生年月日	性別	医療機関名	入外	総医療費自己負担額
貸付額	支給済額	自己負担額	限度額	支給額		
円	円	円	円	円		
受取口座	<input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。					
振込先	店番号()	普通 当座 その他()	口座名義人			
		口座番号		フリガナ		
		氏名				
上記のとおり申請いたします。 (年) 年 月 日						
大 枠 内 を ご 記 入 ぐ だ さ い。	住所 _____					
	世帯主 (申請者) 氏名 _____	個人番号 _____				
	電話番号 _____					
	記入者 氏名 _____					
	(宛先) 瀬戸市長					
	療養を受けた方	個人番号				
	- -					
	- -					

未納の有無	有・無	支給額内訳	合計 :	円	振込 :	円	担当者
					充当 :	円	