

様

決 裁	課 長	係 長	担 当
受付印		領収書確認者	

審査決定額 (医療費総額)	
前期高齢者の方の 外来個人支給額	
前期高齢者の方の 世帯合算支給額	
70歳未満の方	
支給額の合計	
現物給付額及び 通知済額の合計	
貸 付 額	
差 引 支 給 額	

国民健康保険高額療養費支給申請書 (年 月 診療分)

被保険者証記号番号						
療養を受けた被保険者氏名		区分	公費	医療機関名	受診 日数	一部負担金
個人番号						
個人番号						
個人番号						
個人番号						
前11か月の 高額該当月						

上記のとおり診療を受けましたので申請します。

(宛先) 各務原市長		申請年月日	年 月 日
世 帯 主	住 所		
	氏 名	(フリガナ)	電 話 番 号
	個人番号		() —

支給額は、下記の口座に振り込んでください。

振 込 先	金 融 機 関 名	金融機関支店名	種 別	口 座 番 号
	銀行 信金 農協	支 店	普 ・ 当	
	口座名義人(フリガナ)			

(注意) 第三者行為に係る傷病の場合は別に「第三者の行為による被害届」が必要です。