

静岡県伊豆の国市長
宛

診療月	
申請額	

市民福祉部国保年金課 国民健康保険担当

高額療養費支給申請書

記号番号		診療月		資格		区分		高齢区	
------	--	-----	--	----	--	----	--	-----	--

第三者行為の有無	有 ・ 無
----------	-------

	氏名 生年月日 個人番号	負担割合 日数	入院 通院	医療機関名		公費
				療養に要した費用額	病院等への支払額	

トータル枚数 円

(病院等への支払額) - (自己負担限度額) = (支給申請額)

年 月 日

- =

診療月	
申請額	

金融機関名		支店名	
口座番号		フリガナ	
		口座名義人	

振込先口座が記載されていない場合は、振込先口座をご指定ください。

記載されている以外の口座へお振込希望の場合は、振込先の通帳をご持参ください。

上記のとおり、国民健康保険高額療養費を申請します。なお、申請額は上記の口座に振り込んでください。

世帯主	住所	
	個人番号	
	氏名	(印)
	電話番号	

※左の欄をご記入のうえ、申請してください。
なお、世帯主本人が自署する場合は、押印不要です。