

国民健康保険高額診療費の支給申請書

平成 年 月 診療分

被保険者証の記号番号		整理番号	
療養を受けた被保険者の氏名 生年月日	傷病名	療養を受けた病院等の名称、 所在地及び療養を受けた期間	一部負担金の額 費用徴収の額
		入・外	円
S・H 年 月 日		年 月 日から 年 月 日まで 日間	一般・退職
		入・外	円
S・H 年 月 日		年 月 日から 年 月 日まで 日間	一般・退職
		入・外	円
S・H 年 月 日		年 月 日から 年 月 日まで 日間	一般・退職
		入・外	円
S・H 年 月 日		年 月 日から 年 月 日まで 日間	一般・退職
上記の療養を受けた期間に病院等へ支払った一部負担金の合算額			円
患者負担限度額			円
高額療養費支給額			円
今回申請の療養月以前の高額診療費の支給を 3回以上受けた時はその療養の年月(直近の3回)		年 月	年 月 年 月
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>なお、支給決定額については、下記の口座に振込んでください。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所 蟹江町</p> <p>氏名 印</p> <p>連絡先(電話)</p> <p>蟹江町長 殿</p>			
口座 振 込	(振替先金融機関名) 銀行 信用金庫 農協		(預金種目) 普通 当 座
	店		(口座番号)
	フリガナ		
預金名義人			