様式第11号（第７条の２関係）

国民健康保険高額療養費支給申請書

（　　年　　月　診療分）

被保険者記号番号		交通事故等の第三者行為 有　・　無
療養を受けた被保険者の 氏名、生年月日 〔個人番号〕	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
〔　　〕	日	円
〔　　〕	日	円
〔　　〕	日	円
〔　　〕	日	円
〔　　〕	日	円
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計額		円
高額療養費支給額		円

高齢者所得区分		備考	
世帯所得区分			

上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

世帯主　住　　所　蟹江町

個人番号

氏　　名

電話番号

蟹江町長　殿

口座振込	（金融機関名）　　（支店名） 銀　行 信用金庫　　店 農　協	預金名義人	（フリガナ）
	（預金種別）　　（口座番号） 普　通 当　座		（氏　　名）