|  |
| --- |
| 国民健康保険　高額療養費　支給申請書 |
| 保険証番号 | 世帯主氏名 | 診療年月 | 課税区分 | 所得区分 |
|  |  |  |  |  |
|  |
| 診療を受けた被保険者氏名 | 生年月日 | 性別 | 医療機関名 | 入外 | 日数 | 総医療費 |
| 個人番号 | 患者負担額 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| 送　金　指　定　口　座　　※訂正がある場合は朱書きしてください　　 |
|  | 銀行信用金庫農協信組 |  | 支店 | 種目 | 口座名義人 |
| 1.普通(総合)2.当座 | ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口座番号 |
|  | 氏名 |  |
| 上記のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日深浦町長　　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　　所 |  | 深浦町大字 |
| 申請者氏名（世帯主） |  |  |
| 電話番号 |  | （　　　　）　　　－ |
| 個人番号 |  |  |

 |