国民健康保険高齢受給者（前期高齢者）
高額医療費支給申請書
（　　年　　月 診療分）

被保険者証記号・番号	和４・	負担区分	
フリガナ		フリガナ	
支給対象者氏名		支給対象者氏名	
個人番号		個人番号	
性別		性別	
生年月日		生年月日	
負担割合		負担割合	

（下記欄には記入の必要はありません）

診療を受けた医療機関	決定費用額	窓口負担額	限度額	支給決定額

疾病又は負傷は交通事故等の第三者の行為によるものですか	はい・いいえ

振込先の指定	□　前回の高額医療費の振込口座へ（下記口座の記入の必要はありません）
	□　下記口座へ

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
		普通・当座	

フリガナ	
口座名義人	

有田市長　殿

上記のとおり、高額医療費の支給を申請します。

令和　　年　　月　　日

（世帯主）住　　所　有田市

氏　　名　　㊞

個人番号　　－　　－

電話番号