

国民健康保険高齢受給者(前期高齢者)高額療養費支給申請書
(令和 年 月診療分)

被保険者記号・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	
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)

医療機関	決定費用額	窓口負担額	支給決定額	医療機関	決定費用額	窓口負担額	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	<input type="checkbox"/> 前回の高額医療費の振込口座 (口座情報は記入不要) <input type="checkbox"/> 下記口座 <input type="checkbox"/> 世帯主の公金受取口座 (口座情報は記入不要) ※		
金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
フリガナ		普通座	
口座名義人			

※ 公金受取口座を変更した場合は、速やかに変更した旨をご連絡ください。

有田市長 殿	
上記のとおり、高額療養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	_____
電話番号	_____
個人番号	_____ - _____