

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

被保険者の記号・番号		幌延				
氏名		生年月日		年	月	日生
傷病名		診療を受けた期間	自	年	月	日
			至	年	月	日
				(日間)		
診療した医療機関等		所在地				
		名称				
発症又は傷病の理由		<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故等) <input type="checkbox"/> 業務上の災害(通勤災害等) <input type="checkbox"/> その他(自損事故・疾病等)				
支払口座情報	金融機関名				種別	<input type="checkbox"/> 普通
	支店名					<input type="checkbox"/> 当座
	口座番号					
	口座名義人(カナ)					
上記のとおり申請します。						
年 月 日						
申請者(世帯主)住所 幌延町 _____						
氏名 _____ ⑩						
幌延町長 様						
申請金額				円		
内訳	費用額	保険者負担額	一部負担額 (A)	他法負担額 (B)	自己負担額 (C)	差引支給額 (A - B - C)

※口座名義人が世帯主でない場合は、次の委任欄に記載してください。

委任状	上記高額療養費の受領に関する権限を委任します。	
	委任者(世帯主)	受領者(口座名義人)
	氏名 _____	氏名 _____