

国民健康保険高額療養費支給申請書

課	長	主	幹	係	長	担	当

(年 月診療分)

被保険者の記号・番号		幌延					
住 所			世帯主				
氏 名			年 月 日生				
個人番号							
傷 病 名		医療を受けた期間		自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)			
療養を受けた病院・診療所・薬局		所在地					
		名 称					
発症又は傷病の理由		1 第三者行為(交通事故等) 2 業務上の災害(通勤災害等) 3 その他(自損事故・疾病等)		科 別 入 院 (通院別)		医 科・歯 科 (入院・通院)	
病院・診療所等に支払った金額							
上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主住所 天塩郡幌延町 氏 名 ⑩ 個人番号 幌延町長 様							
上記の申請金額の受領を 年 月 日 に委任します。 世帯主住所 天塩郡幌延町 氏 名 ⑩ 幌延町長 様							
上記申請に基づく高額医療費の支給額は下記調書のとおりである。							
調 書	医療に要した 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)	
支 給 金 額				円			
備考							

