



高額療養費支給申請書

〒 大牟田市 大牟田市長 殿

世帯主名 (電話 -)

世帯主の個人番号

印

下記のとおり医療費を支払いましたので、高額療養費の支給を申請します。(申請年月日 年 月 日)

被保険者証の記号番号		-		年 月 診療分		
療養を受けた被保険者の氏名・生年月日・個人番号 一般・退職の別・第三者行為の有無				入院・外来・療養費の別 (期間)	医療機関名 (所在地) 傷病名	支払った金額 (保険内負担金額) 特定給付対象療養の場合は その費用として支払った額
前期 高齢者	1	一般 第三者行為 有 無 年 月 日	入院・外来・療養費 (日 ~ 日) (件)		円	
	2	一般 第三者行為 有 無 年 月 日	入院・外来・療養費 (日 ~ 日) (件)		円	
70 歳 未 満	3	一般・退職 第三者行為 有 無 年 月 日	入院・外来・療養費 (日 ~ 日)		円	
	4	一般・退職 第三者行為 有 無 年 月 日	入院・外来・療養費 (日 ~ 日)		円	
	5	一般・退職 第三者行為 有 無 年 月 日	入院・外来・療養費 (日 ~ 日)		円	

振込指定 金融機関	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 支所	カタカナ 口座名義						
	金融機関コード	店番	口座番号	普通 当座 貯蓄					

委任状 高額療養費受領を上記名義人口座に指定します。

世帯主名 印