

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																																	
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												入院・外来・療養費の別(期間)												医療機関名(所在地)										支払った金額(保険内負担金額)											
一般・退職の別・第三者行為の有無																								傷 病 名										特定給付対象療養の場合はその費用として支払った額											
70歳以上	1 第三者行為 一般 有 無 年 月 日												入院・外来・療養費 (日 ~ 日) (件)																						円										
																																			円										
	2 第三者行為 一般 有 無 年 月 日												入院・外来・療養費 (日 ~ 日) (件)																						円										
																																			円										
70歳未満	3 第三者行為 一般・退職 有 無 年 月 日												入院・外来・療養費 (日 ~ 日)																						円										
																																			円										
	4 第三者行為 一般・退職 有 無 年 月 日												入院・外来・療養費 (日 ~ 日)																						円										
																																			円										
	5 第三者行為 一般・退職 有 無 年 月 日												入院・外来・療養費 (日 ~ 日)																						円										
																																		円											
受取口座												☐ 公金受取口座を利用します。(利用する場合は口座情報の記入不要)												カタカナ 口座名義																					
												☐ 下記のとおり振込口座を指定します。																																	
												銀 行 本店 信用金庫 支店 農 協 支所																																	
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 (自署の場合は押印不要)												印																					