

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																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																						
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
70 歳 以 上	1	一般・退職 第三者行為 有 無 年 月 日	入院・外来・療養費 (日 ~ 日) (件)		円
					円
70 歳 未 満	2	一般・退職 第三者行為 有 無 年 月 日	入院・外来・療養費 (日 ~ 日) (件)		円
					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
					円
70 歳 未 満	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
					円
70 歳 未 満	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
					円

受取口座	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 下記のとおり振込口座を指定します。									
	銀行	本店	カタカナ 口座名義							
	信用金庫	支店								
農協	支所	口座番号	普通 当座 貯蓄							
金融機関コード	店番									
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 (自署の場合は押印不要)									

多数非該当
 多数該当 (年 月、 年 月、 年 月)