国民健康保険　高額療養費　支給申請書

保険証番号	世帯主氏名	診療年月	課税区分	所得区分

請求年月	療養を受けた被保険者氏名	生年月日 個人番号	性別	医療機関名	入外	日数	総医療費 患者負担額

貸付額	支給済額（※1）	被保険者負担額	限度額	支給額
円	円	円	円	円

上記のとおり申請いたします。

年　　月　　日

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名
（世帯主） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞　個人番号 ＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

来庁者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

発病または負傷の理由　　1：第三者行為（交通事故等）　　2：その他（自損事故・疾病等）

振込先	銀行 信用金庫 農協	支店	種目 1.普通(総合) 2.当座	口座名義人 ﾌﾘｶﾞﾅ
			口座番号	氏名

※1 支給済額には、保険者（福津市）から医療機関に直接支払った金額も含まれています。　　□保険税