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(※)	被保険者負担額	限度額	支給額

上記のとおり申請いたします。

令和　　年　　月　　日

住所

申請者氏名　　個人番号

（世帯主）

電話番号

来庁者氏名

振込先	銀行 信用金庫 農協	本店 支店	種目 1. 普通(総合) 2. 当座 口座番号	口座名義人 フリガナ 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。

※2 口座の登録がある場合、口座番号を*(アスタリスク)で表示しています。

□保険税

□第三者行為