国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者　記号・番号		診療年月		多数該当月	

被保険者氏名	生年月日	実日数	医療費	自己負担額	入外	個人番号 第三者行為： 該当は「○」を記入
医療機関名						

自己負担合計額		自己負担限度額		支給申請額	

長久手市長殿

上記のとおり支払いましたので、高額療養費の支給を申請及び請求します。

年　　月　　日

申請者（世帯主）

〒

住所

氏名

電話　　個人番号

振　込　先 ※どちらかに☑をしてください			
	□	公金受取口座として登録済みの世帯主の口座を利用する	
	□	下記の口座を利用する	
		金融機関名	
		口座種別	普通・当座
		口座番号	
		口座名義人	(フリガナ)