

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月診療分)

たつの市長 様

令和 年 月 日

世帯主	住 所	たつの市 町										
	氏 名						電 話 番 号	— —				
	個 人 番 号						被保険者番号					

次のとおり、高額療養費の支給を申請します。

療養を受けた被保険者（受診者）													
①	氏 名												
	生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日								
	個 人 番 号												
②	氏 名												
	生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日								
	個 人 番 号												
③	氏 名												
	生 年 月 日	昭・平・令	年	月	日								
	個 人 番 号												
振 込 指 定 口 座													
	銀 行	支 店	預 金 種 別	普 通	口座番号								
	信用金庫	支 所			当座	フリガナ							
	信用組合	出張所			口座名義								
	農 協												

※領収書を必ず添付してください（原本はお返します） □

70歳未満の区分					高齢受給者の区分						(備 考)	受付印欄			
上位(不明)		課 税		非課税	現役並み所得者			一 般	低 II	低 I					
上位1	上位2	一般1	一般2	非課税	III	II	I								
多数該当 の状況		年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		11	12
第三者確認欄															