

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 日

斜里町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

以下のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。
また、この申請に関して保険者が必要とするときは、私と私の属する世帯主及び世帯員の所得状況等の調査に同意します。

対 象 者	氏 名			住 所 ※申請者と同様の場合は同上と記載	
	生年月日	続柄	性別	被保険者証番号	個人番号

診 療 内 容	医療機関名称			医療機関所在地	
	傷病名			入院・外来の別 入 院 ・ 外 来	
	療養期間	自 年 月 日 至 年 月 日	療養日数		
	療養期間中に病院等へ支払った額 円				

振 込 先	金融機関名		支店名	
	口座番号		(フリガナ)	
			口座名義人	

(斜里町使用欄)							
支 給 決 定	世帯区分	費用額	保険者 負担額	一部負担額 (A)	他方負担額	自己負担額 (B)	差引支給額 (A) - (B)