

国民健康保険高額療養費支給申請書（前期高齢者用）

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、本申請以降の高額療養費の支給を申請します。

なお、この申請に関して町長が必要と認めるときは、私と私の属する世帯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	性別	続柄	被保険者番号	個人番号
	氏 名			住 所 ※申請者と同様の場合は同上と記載	
	生年月日	性別	続柄	被保険者番号	個人番号

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