

国民健康保険高額療養費支給申請書

福祉医療 子・障・母・精 有・無

被 保 険 者 号 記 号 番 号	90		年 月 診療分	
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 の 氏 名				
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 の 個 人 番 号				
発症又は負傷の理由	1 : 第三者行為 (交通事故等) 2 : その他 (疾病等・自損事故等)			
療 養 を 受 け た 病 院 等	名称			
	所在地			
療 養 に 要 し た 期 間	年 月 日 から	年 月 日 から	月 日 まで	日 間
療 養 に 要 し た 費 用 額			円	円
療 養 に つ き 支 払 っ た 一 部 負 担 金 の 合 計			円	円
			支給金額	円

※支給金額の10円未満の端数については、医療機関等での支払額は四捨五入となるため、自己負担額とは若干の差異があります。

振 込 先 口 座	金融機関名	銀行 信用金庫 農協			本店 支店 出張所			
	口座種目	普通・当座	口座番号					
	フリガナ							
	口座名義人							

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 (〒)

住 所

氏 名

申請者 世帯主と同じ

住 所

氏 名

電 話

犬山市長

※市 確 認 欄	国保資格	有・無	多数該当	該当・非	備考	受付印	
	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ	世帯合算	有・無			
	70歳以上	現 : I・II・III	食 事	有・無	通帳・カード・他・無	担当	
低 : I・II , 一般		収納状況	完納・未納				