

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
------------------------

被保険者証 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 月 日まで	日間	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			
		低：I・II，一般	収納状況	完納・未納	通帳・カード・他・無	担当	