

国民健康保険高額療養費支給申請書兼請求書

年 月 日

(宛先)五島市長

〒 ー
住所 _____

〒 ー
氏名 _____
電話 _____

次のとおり高額療養費の支給申請及び請求をします。

被保険者証の記号番号		診療年月		多数該当月			
------------	--	------	--	-------	--	--	--

療養を受けた被保険者			医療機関名	実日数	総費用額(円)	一部負担金(円)	備考	
氏名	性別	生年月日						
一部負担合計額			自己負担限度額		支給申請額 (請求)			

支 払 方 法	金融機関名		預金種別		金融機関名		預金種別	
	支店名		口座番号		支店名		口座番号	
	口座名義人	カタカナ				カタカナ		
		漢字				漢字		

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か

(宛先)五島市長

上記のとおり支払いましたので、関係書類を添えて高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

申請者 住所 _____

氏名 _____

個人番号 _____

電話 _____

委任状

私は、 _____ を代理人と定め、次の権限を委任する。

年 月 日請求した高額療養費の受領に関すること。

申請者 氏名 _____

住所 _____

代理人 氏名 _____

住所 _____