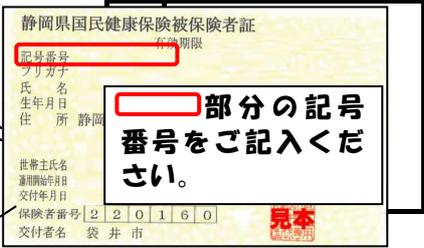


の箇所を  
ご記入・押印ください。



袋井市国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者記号番号			年	月	診療分
療養を受けた被保険者の氏名	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>診療を受ける方の内容で記入</b> </div>		昭・平・令	年	月
生年月日	昭・平・令	年	月	日	昭・平・令
個人番号	マイナンバー	マイナンバー			
傷病名	診療報酬明細書のとおり				
療養を受けた病院等の名称及び所在地	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>診療を受けた病院などの住所・名前</b> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>調剤を受けた薬局などの住所・名前</b> </div>			
病院等で療養を受けた期間	年	月	日	から	日
病院等で支払った一部負担金の額	円 <b>お振込み希望の口座をご記入ください。</b> 円				
前12か月内での受診の有無	有	・	無		
第三者行為の有無	有	・	無		
上記のとおり申請します。	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>世帯主の内容で記入</b> </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>振込み先</b>            静岡 信用金庫 袋井 支店            農協            普・当 口座番号 ( 00001234 )            フリガナ ( フクロイ タロウ )            預金名義人 ( 袋井 太郎 )         </div>		
	年	月	日		
袋井市長 様	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           住所            氏名            個人番号 <b>マイナンバー</b>            [電話( ) 番]         </div>				

課税・ウ・エ・非課税・オ ・ 上位所得・ア・イ  
 一般 ・ 低所得・Ⅱ・Ⅰ ・ 現役並み・Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ

高額療養費算出基礎	一部負担金 A 円	高額療養費支給 決定額 B 円	高額療養費貸付額 C 円	高額療養費精算額 B - C 円
-----------	-----------------	--------------------------	--------------------	------------------------