

袋井市国民健康保険高額療養費支給申請書

受付日	
-----	--

被保険者証の記号・番号		年 月 診療分
療養を受けた被保険者の氏名 生 年 月 日 個 人 番 号	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
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		
病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 日まで	年 月 日から 日まで
病院等で支払った一部負担金の額	円	円
前12か月内での受診の有無	有 ・ 無	振込み先 銀行 信用金庫 農 協 支店 普・当 口座番号 () フリガナ () 預金名義人 ()
第三者行為の有無	有 ・ 無	
上記のとおり申請します。 年 月 日		
住 所 世帯主 氏 名 個人番号 [電話() 番]		
袋井市長 様		

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	高額療養費支給決定額 B	高額療養費貸付額 C	高額療養費精算額 B - C
	円	円	円	円