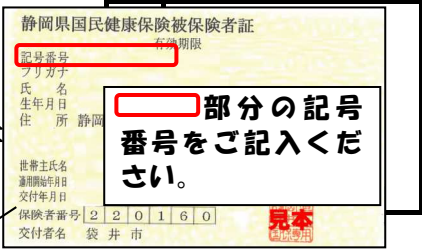


**の箇所を
ご記入・押印ください。**



袋井市国民健康保険高額療養費支給申請書

**部分の記号
番号をご記入くだ
さい。**

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	診療を受ける方の 内容で記入		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	診療を受けた病院 などの住所・名前	調剤を受けた薬局 などの住所・名前			
病院等で療養を受けた期間	年	月	日から	日	まで
病院等で支払った一部負担金の額	円 お振込み希望の口座をご記入ください。 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。	世帯主の内容 で記入		振込み先 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)		
	年	月	日		
住所	世帯主				
氏名	氏名				
個人番号	マイナンバー				
[電話()番]	[電話()番]				

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