

区 分	ア・イ・ウ・エ・オ
年 齢	一 般 ・ 未 就 学
多数該当	該 当 ・ 非 該 当
世帯合算	該 当 ・ 非 該 当

下 記 の と お り 支 給 し て よ ろ し い か					
療養に要した 費 用	円	審 査 決 定 費 用 額	円	決 定 金 額	円

国民健康保険高額療養費支給申請書

被 保 険 者 証 記 号 番 号					
申 請 該 当 月		年 月 診 療 分			
療 養 を 受 け た 被 保 険 者 氏 名				生 年 月 日	年 月 日
個 番	人 号			世 帯 主 と の 続 柄	
傷 病 名					
診 療 を 受 け た 病 院 等	所 在 地				
	名 称			外 来 ・ 入 院	
療 期	養 間	年 月 日 から 年 月 日 まで		日 間	一 部 負 担 金 額 の 金 額
振 込 先 金 融 機 関		種 別	口 座 番 号	口 座 名 義 人	
銀行 信用金庫 農協		普 通 ・ 当 座		フリガナ	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>世帯主 住所</p> <p>氏名</p> <p>個人番号</p> <p>電話番号 ()</p> <p>扶桑町長様</p>					

※ 上記の個人番号とはマイナンバーのことで、日本国内に住所を有する人に、一人に一つ付番された12桁の番号です。