

国民健康保険高額療養費支給申請書

診療年月	令和 年 月	多数該当	その他	70歳未満	第三者行為		その他
				70歳以上	交通事故	その他	
保険者証 記号・番号	島国保	課税区 (70歳未満)		アイ	ウエ	オ	
		負担区分 (70歳以上)		一定以上	一般	低II	低I
振込 口座	金融機関・支店名		種目	口座番号		口座名義 (カタ)	

受診者氏名	生年月日	一般/退職	療養を受けた医療機関等	入院/外来
		一般・退本・退扶		入院・外来
個人番号				
		一般・退本・退扶		入院・外来
個人番号				
		一般・退本・退扶		入院・外来
個人番号				
		一般・退本・退扶		入院・外来
個人番号				
		一般・退本・退扶		入院・外来
個人番号				

令和 年 月 日

島原市長様

上記のとおり申請します。
上記診療年月の医療費について、医療機関等へ自己負担金を支払ったことに相違ありません。

住所 島原市 町 丁目 番地

世帯主氏名 印

電話番号

委任状

令和 年 月 日

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任いたします。

住所 島原市 町 丁目 番地 住所 島原市 町 丁目 番地

氏名 (世帯主) 印 氏名 (代理人) 印