

国民健康保険高額療養費支給申請書
(年 月診療分)

被保険者証記号番号		う国		世帯主氏名					
療養を受けた被保険者	個人番号								
	氏名				世帯主との続柄				
	生年月日		年 月 日		発病・負傷 年 月 日		年 月 日		
	傷病	名称							
		原因				交通事故等の第三者行為		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
		経過							
療養期間		年 月 日 ~		年 月 日		(日間)			
受診した医療機関等	所在地				受診状態		<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来		
	名称								
受けた療養に対して医療機関等で支払った額				円					
振込先口座(世帯主)	金融機関名		銀行		支店		出張所		
	支店名		金庫		支店		出張所		
	金融機関コード		農協		支店コード				
	口座番号				預金種別		普通預金		
	(フリガナ) 口座名義人								
委任状		高額療養費の受領について、上記口座名義人に委任します。 世帯主 氏名 ⑩							
上記のとおり高額療養費の支給を申請します。 年 月 日 うるま市長 様 申請者(世帯主) 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____									

受付窓口	<input type="checkbox"/> 本庁	算定額	支給決定日	円	審査	受付
	<input type="checkbox"/> 石川出張所		支給予定額	円		
	<input type="checkbox"/> 勝連出張所		支給予定日	年 月 日		
<input type="checkbox"/> 与那城出張所						