

所得区分	限度額	福祉医療	第三者	未納	受付
多・外(個)・入(世)	円	無・有・精神	無・有	無・有	

様式第1

高額療養費支給申請書

(年 月 診療分)

① 被保険者の 記号・番号 個人番号	奈6-	②	(フリガナ)
		療養を受けた 被保険者の 氏名生年月日	昭・平・令 年 月 日

③ 傷 病 名	
---------	--

④ 療養を受けた病院 診療所薬局等の 名称及び所在地	名称
	所在地

⑤ ④の病院等で診療を 受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
----------------------	--------------------	----

⑥ ⑤の期間に受けた 療養に対し病院等で 支払った額	金 円
----------------------------------	-----

⑦ 備 考	
-------	--

⑧ 上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

住 所 奈良県桜井市

桜井市長 様 (電話番号 - -)

世帯主名 (個人番号)

⑨ 上記申請により国民健康保険から償還を受ける金額の受領を
(フリガナ)

_____ に委任します。

令和 年 月 日

住 所 桜井市 世帯主名 _____

⑩ 振込先	給付金の振込先をご記入ください。(原則として世帯主名義に限る)		
	銀行 本店	預金種目	普通・当座
	信用金庫 支店 農協 支所	口座番号	(カタカナで記入) 名義

・ 前回登録済の口座で受領	・ 窓口	・ 充当	・ 制限
---------------	------	------	------

※上記のうち、太線の枠内の欄にご記入ください。

計算確認

申請