国民健康保険高額療養費支給申請書

診療を受けた被保険者の氏名 資格 設備を受けた医療機 関等の名称・所在地 けた期間 恋口支払金額 優秀 個人番号 個人番号 個人番号 個人番号 個人番号 個人番号 個人番号 個人番号 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日本 日		被保险	食者 記号番号	,														
個人番号											砂原と文							
個人番号		及ひ生年月	日(世帝土との私	元怀)	区分)	∮ 0)?	5秒"⅓	竹仕地	ļ	けた男	间	窓口3	Σ払金 額)	備	考	
個人番号					_							-						
個人番号		個人番号																
個人番号																		
個人番号 個人番号 世帯自己負担 関度 額 区 分 上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号 () - 高額療養費支給申請額 特記事項 □ 公金受取口座への振込を希望します。※左記に✓をつけた場合、下記の振込先指定口座の記入は不要です。 全融機関 別名称 コード コード コート 金融機関 別名称 口座種別 口座を入る(カタカナ) ※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 世帯主 住 所 氏名 () () () () () () () () () () () () ()		個人番号																
個人番号 個人番号 世帯自己負担 関度 額 区 分 上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号 () - 高額療養費支給申請額 特記事項 □ 公金受取口座への振込を希望します。※左記に✓をつけた場合、下記の振込先指定口座の記入は不要です。 全融機関 別名称 コード コード コート 金融機関 別名称 口座種別 口座を入る(カタカナ) ※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 世帯主 住 所 氏名 () () () () () () () () () () () () ()																		
個人番号 個人番号 世帯自己負担 関度 額 区 分 上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 電話番号 () - 高額療養費支給申請額 特記事項 □ 公金受取口座への振込を希望します。※左記に✓をつけた場合、下記の振込先指定口座の記入は不要です。 全融機関 別名称 コード コード コート 金融機関 別名称 口座種別 口座を入る(カタカナ) ※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 世帯主 住 所 氏名 () () () () () () () () () () () () ()		個人采品			1							-						
世帯自己負担 限度額区分		心人俗 写																
世帯自己負担 限度額区分					<u> </u>							-						
世帯自己負担 限度額区分		個人番号																
世帯自己負担 限度額区分																		
世帯自己負担 限度額区分		個人番号			_							-						
世帯自己負担 限度額区分																		
世帯自己負担 限度額区分					<u> </u>							=						
日本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 日本申請に基づくおけるに対しませる。 日本申請に基づくおけるに対しませる。 日本申請に基づくは、日		個人番号									1=A.d=	<i>E</i> 0	151 34 4 <i>F</i>	- 88 T			≫┢八	
上記のとおり申請します。											高額	該当	3ヵ月り				診療分	
年月日 世帯主 住所 氏名 個人番号 電話番号 () - 一 高額療養費支給申請額 特記事項 口公金受取口座への振込を希望します。※左記にくをつけた場合、下記の振込先指定口座の記入は不要です。 金融機関名称 フード			注 士士	PIX	区	俄 C /	ر,				の直	近診	療年月				診療分	
氏名 低人番号 電話番号 () ー 「公金受取口座への振込を希望します。※左記にくをつけた場合、下記の振込先指定口座の記入は不要です。 コード	▎┸						出出	÷	仕	댦								
個人番号 電話番号 () ー		+	л ц				LE .44.	T	<u> </u>	ולו							_	
電話番号 () 一 電話番号 () 一 電話番号 () 一									氏	名							_	
特記事項									個人:	番号								
□ 公金受取口座への振込を希望します。※左記に✓をつけた場合、下記の振込先指定口座の記入は不要です。 金融機関名称									電話	番号	()	_	-		_	
金融機関 コード コード 支店 支店名称 ストラクカナ) 口座番号 ロ座番号 ※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 年月日 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 氏名 印 世帯主 住所代理人住所 氏名 氏名		高額療養費	支給申請額					特証	事項									
金融機関 コード コード 支店 支店名称 ストラクカナ) 口座番号 ロ座番号 ※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 年月日 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 氏名 印 世帯主 住所代理人住所 氏名 氏名																		
金融機関名称 支店名称 口座種別 口座番号 口座名義人名(カタカナ) 口座番号 ※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 年月日 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 氏名 世帯主住所代理人住所 氏名 (印 氏名		公金安取口座	への振込を布呈	しより	。 ※ <u>/</u>	に記してを	לוכי:	7:1%	一一	記りか	区公允指	正上	座の	亡人は~	下安(: 9		
口座種別 口座番号 口座番号 口座番号 ※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 年月日 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 任所 氏名 印 世帯主 代理人 住所 氏名 原			コード					=	コード									
<td 2"="" color="</td" rowspan="2"><td></td><td>金融機関</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="8"></td><td></td><td></td></td>	<td></td> <td>金融機関</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="8"></td> <td></td> <td></td>		金融機関															
<td c<="" color="1" rowspan="2" td=""><td></td><td></td><td>因如你</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>יניף נו</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></td>		<td></td> <td></td> <td>因如你</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>יניף נו</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>			因如你						יניף נו							
(カタカナ) ※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 年月日 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 世帯主 住所 住所 代理人 住所 氏名			口座種別								座番号	ţ						
(カタカナ) ※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。 年月日 本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 世帯主 住所 住所 代理人 住所 氏名		 口座名義人名	<u> </u>										<u> </u>					
本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 世帯主 代理人 住所 氏名 (代理人) 住所																		
本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 世帯主 住所 氏名 代理人 住所 氏名	※世	帯主以外の方	の口座に振込を	希望さ	れる場	場合は、次	の受	取委	任の榻	们に記り	入してく	ださし	١,					
代理人 住所	本	:申請に基づく	給付金の受領に	関する	権限を	代理人に	委任	します	t。					年	月		日	
代理人 住所		世帯主	住 所							氏	名					E	D)	
			-						_									
	備																	
	Thi	. -																