高額療養費支給申請書

保険証番号	鞍国	診療年月	平成・令和　年　月分	一般	第三者行為　有・無

氏名 生年月日	医療機関名称	支給内容 診療費総額 A	一部負担金 B	他法負担金 C	限度額 D	高額療養費 B－C－D
年　月　日生						
年　月　日生						
年　月　日生						
年　月　日生						
年　月　日生						
年　月　日生						
年　月　日生						
年　月　日生						
年　月　日生						
合　計						

世帯主の口座	金融機関　銀行・農協・信金　支店
	口座番号　口座種別　普通・当座
	口座名義人(カナ)
窓口	※ 貸付額

鞍手町長　殿

上記のとおり関係書類を添えて申請いたします。

令和　年　月　日

【申請者(世帯主)】

住　所　鞍手町

氏　名　㊞

電　話

個人番号

確　約

この申請により支払われる高額療養費を国民健康保険税の納付に充てることを確約します。

金　　円

年　月　日

世帯主氏名　㊞