

国民健康保険高額療養費支給申請書

① 被保険者証の記号番号	東みよし：		
② 療養を受けた者の氏名	1	2	3
③ 療養を受けた者の生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日
④ 療養を受けた者の個人番号			
⑤ 世帯主との続柄			
⑥ 診療月	年 月分	年 月分	年 月分
⑦ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合その直近の診療月	年 月 診療分	年 月 診療分	年 月 診療分
取引金融機関名	銀行 金庫 本店(所) 農協 組合 支店(所)	口座番号	普通 当座
フリガナ 口座名義人名			

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請人 住所 東みよし町
(世帯主)

個人番号未提示における事務処理同意欄	
本申請において、事務に必要な対象者の個人番号を職員が確認することに同意します。	印又は自筆
個人番号利用事務確認者	印
所属課長印	印

フリガナ
氏名 (印)

個人番号 | | | | | | | |

電話 — —

届出人 住所

フリガナ
氏名 (印)

世帯主との続柄 (本人・同一世帯員・代理人)

電話 — —

徳島県東みよし町長 殿

※役場処理欄

届出人確認方法	免・パ・保・個カ・住カ・在・年金・その他()		
代理権確認方法			
資格確認	一般(未就学・一般・前期・高齢一般・高齢一定以上)・退職		
入外区分	その他・入院・多数該当・世帯合算		
町県民税	課税・非課税	一部負担額	
保険税収納確認	完納・未納	決定金額	