

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 年 月 日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 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	平成 年 月分	平成 年 月分	平成 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	平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分	平成 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。

平成 年 月 日

申請人 住所 東みよし町
(世帯主)

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()		
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	