国民健康保険高額療養費支給申請書

（　　年　　月診療分）

※太枠の中を記入してください

被保険者証の記号・番号	岩美　　・												
療養を受けた被保険者氏名													
個 人 番 号													
発病又は負傷の理由	１．第三者行為（交通事故等）　　２．その他（自損事故・疾病等）												
傷　病　名													
療養を受けた医療機関等の名称													
病院等で療養を受けた期間・支払った額	期　間	年　　月　　日　から　　年　　月　　日											
	支払った額	円											

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

世帯主　住所　　岩美町大字

氏名

岩美町長　　様

（注）この申請書には、医療機関等が発行する領収書を添付してください。

支給決定した高額療養費を次の口座へ振り込んでください。

町外在住でマイナポータルの公金受取口座を利用する場合、（個人番号）

－　　－

☐ 岩美町公金振込口座　　☐ 公金受取口座（マイナポータル）

☐ 下記の口座（世帯主に限る）　　☐ 受取委任口座（委任状が必要）

金融機関名		**支店名**		普通　当座　その他
口座番号			**口座名義人**	

※岩美町記入欄

支給決定日	年　　月　　日	支給決定額	円
備　　考			