

下記のとおり決定してよろしいか。

決裁欄	課長	課長補佐	係長	担当

受付者欄

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証記号・番号	中泊 ー	診療月	平成 年 月 診療分
------------	------	-----	------------

療養を受けた者の氏名			
生年月日		昭和・平成 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
傷病名			
療養を受けた医療機関	所在地		
	名称		
療養期間	日～ 日まで	入院・外来	日～ 日まで 入院・外来
上記期間に病院等に支払った金額	円 (保険対象外及び食事療養費を除く)	円 (保険対象外及び食事療養費を除く)	
保険者証の区分	一般 ・ 退職	一般 ・ 退職	

振込指定金融機関 (郵便局を除く)	銀行・信金 本店	フリガナ	
	信組・農協 支店	名義人氏名 (世帯主)	
窓口払い	普・当・貯 No.		
	本庁(会計課) ・ 小泊支所		

上記のとおり申請し、(指定する上記金融機関に振り込むことを)依頼します。

平成 年 月 日
申請者(世帯主) 住所 中泊町大字
氏名 _____ (印)

中泊町長 殿

※ ここから下は記入しないで下さい。

町民税	一般課税 ・ 非課税 上位所得 ・ 未申告	多数	該当 (月 月 月) ・ 非該当
前期高齢者負担区分	一定以上 ・ 一般 ・ 低所得Ⅱ ・ 低所得Ⅰ		
支給額	レセプト点数	負担額	支給額 (負担額 -) 備考
	点	円	円