国民健康保険　高額療養費支給申請書

（　　年　　月診療分）

	被保険者の記号・番号	401−		
1	フリガナ		生年月日	
	（療養を受けた人）被保険者氏名		昭・平・令　年　月　日	
	個人番号（マイナンバー）		世帯主との続柄	
	療養を受けた医療機関の名称		入外区分	自己負担額
			入院・通院・調剤	円
2	フリガナ		生年月日	
	（療養を受けた人）被保険者氏名		昭・平・令　年　月　日	
	個人番号（マイナンバー）		世帯主との続柄	
	療養を受けた医療機関の名称		入外区分	自己負担額
			入院・通院・調剤	円
	第三者行為	該当　・　非該当		

大月市長　殿

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

（住所）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（世帯主氏名）フリガナ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（電話番号）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主個人番号（マイナンバー）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記口座への振り込みを希望します。

銀行 信用金庫 信用組合 協同組合　　店	口座種別	口座番号
	普通 当座	

口座名義人（カタカナ）

（世帯主と口座名義人が異なる場合は、この欄に署名捺印してください。）

上記名義人口座への振込を了承します。

（世帯主名）