様式第10号(第10条関係)

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和　　　年　　　月診療分)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①被保険者証記号・番号 | 和37 | | | ②療養を受けた被保険者の氏名・生年月日 | | | | | |  | | | | | | | | | | ③世帯主との続柄 | | | | | | |  | | |
| 昭・平　　 年　　月　　日 | | | | | | | | | |
| ④個人番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | | | |  | | |  | | |  | |
| ⑤傷 病 名 | |  | | | | | | ⑥診療区分 | | | | | | | | 入院　・　入院外 | | | | | | | | | | | | | |
| ⑦療養を受けた病院、診療所、薬局の名称及び所在地 | | | | | | 名　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑧⑦の病院等で療養を受けた期間 | | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日から | | | | | | | | | | | | | | | | | | 日間 | | | | | |
| 令和　　　年　　　月　　　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑨⑧の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑩振込先 | 金融機関名 | | | | | | | | | | | 支店名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行・農協  信用金庫 | | | | | | | | | | | 支店・支所  出張所 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 預金種別 | | | 普通・当座・その他 | | | | | | 口座番号 | | | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

上記のとおり申請します。

　令和　　　年　　　月　　　日

世帯主　　住　　所　和歌山県日高郡印南町大字

　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

個人番号

　　　　　電話番号

印南町長　様