様式第11号(第11条関係)

国民健康保険高額療養費支給申請書

(　　年　　月診療分)

受診者 氏名				
生年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日	年　月　日
個人番号				
診療区分	入院　・　外来	入院　・　外来	入院　・　外来	入院　・　外来
医療機関 の名称				
療養を受 けた期間	月　日 ～　日	月　日 ～　日	月　日 ～　日	月　日 ～　日
支払額	円	円	円	円

振込先	金融機関名		支店名	
	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。

年　　月　　日

世帯主　　被保険者　記号　　番号

住　　所

氏　　名

個人番号

電話番号

印南町長　様