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