

算定基礎	70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ	70歳以上	一般・低丁・低II・一定	多救該当
費用額	公費負担額	一部負担金	薬剤一部	控除額	高額療養費支給額
					円

高額療養費支給申請書

(令和 年 月診療分)

被保険者証の 記号番号			
一般・退職の区分	一般・退職本人・退職扶養	一般・退職本人・退職扶養	一般・退職本人・退職扶養
療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
個人番号			
医療機関の名称及び所在地	(診療科: 科)	(診療科: 科)	(診療科: 科)
傷病名			
療養期間	令和 年 月 日から 同月 日まで 日間	令和 年 月 日から 同月 日まで 日間	令和 年 月 日から 同月 日まで 日間
病院等で支払った金額	円	円	円

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

磐田市長 あて

世帯主	氏名		㊟
	住所		
	電話	()	-

振込先	金融機関名・支店名	預金種別	口座番号	名義人(カタカナ)
	銀行 信用金庫 農協 支店	普通 当座		

委任状

国民健康保険高額療養費の受領に関する権限を 代理人: _____ に委任いたします。

世帯主氏名

㊟