

高額療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	三好	診療年月		多数該当月			
-------------	----	------	--	-------	--	--	--

被保険者氏名	性別	生年月日	実日数	医療費	自己負担額	退職 入外	個人番号 備考
医療機関名							
自己負担合計額		円	自己負担限度額		円	支給申請額	円

三好市長 様
 上記のとおり支払いましたので、関係書類を添えて高額療養費の支給を申請及び請求します。
 平成 年 月 日 于 _____
 住 所 徳島県三好市 _____
 申請者（世帯主）（フリガナ）
 氏 名 _____ 印
 電 話 _____ 個人番号 _____

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	口座種別	普通・当座	
	口座番号		
	口座名義人	(フリガナ)	

本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。
 平成 年 月 日 申請者（世帯主） 氏名 _____ 印
 代理人 住所 _____
 (フリガナ)
 氏名 _____ 印
 電話 _____

※給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。