

※市記入欄	第三者行為 有 ・ 無	70 歳以上	3 割			2 割		1 割		多数	合算
			現Ⅲ	現Ⅱ	現Ⅰ	一般	低Ⅱ	低Ⅰ			
		70 歳未満		ア	イ	ウ	エ	オ			

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 記号・番号	境港	②療養を受けた被保険者の 氏名・生年月 日・個人番号	昭・平・令 年 月 日	③世帯主 との続柄

④ 傷 病 名	
---------	--

⑤ 療養を受けた病院・診療所・薬局等の 名称及び所在地	名 称	
	所 在 地	

⑥ ⑤の病院等で療養を受けた期間	平成・令和 年 月 日から 日間 同月 日まで
------------------	----------------------------

⑦ ⑥の期間に受けた療養に対し病院 等で支払った額	円
------------------------------	---

⑧ 高 額 療 養 費	対 象 額	円
	決 定 額	円

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住 所 境港市

世帯主 氏 名 印

個人番号

電話番号

境 港 市 長 様

※ご希望の振込み口座をご記入ください。(世帯主名義の口座のみ)

●金融機関名〔 銀行・信用金庫・協同組合〕	●預金種別〔普通・当座〕
●支店名〔 支店・支所・出張所〕	●口座番号
●口座名義人(カタカナで記入)〔 〕	