

高額療養費支給申請書

(平成 年 月診療分)

[一般・退職]		太枠内にご記入ください。		負担区分	70歳以上	現役並み	一般
被保険者証の記号番号		奈 12-			70歳未満	低所得	低所得
世帯合算の有無		高額療養費多数該当		費用額		上位所得者	一般
有・無		回		一部負担金		非課税	多数該当
療養を受けた被保険者の氏名		1		2		3	
療養を受けた被保険者の生年月日		昭和 年 月 日生 平成		昭和 年 月 日生 平成		昭和 年 月 日生 平成	
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	
傷病名		レセプトの記載のとおり		レセプトの記載のとおり		レセプトの記載のとおり	
病院等の所在地及び名称	所在地						
	名称						
療養期間		平成 年 月 日から 同月 日まで 日間		平成 年 月 日から 同月 日まで 日間		平成 年 月 日から 同月 日まで 日間	
入院・通院の区分		入院・通院		入院・通院		入院・通院	
療養に対し病院等で支払った額		費用額	円	費用額	円	費用額	円
			円		円		円
別紙必要書類を添えて、上記のとおり申請します。							
平成 年 月 日							
住所 山添村大字 番地							
世帯主 _____							
氏名 _____ 印 _____ 電話 _____							
(あて先) 山添村長							

振込先

支払機関名	金融機関名称	支店名	預金種別	口座番号	口座名義
			普通・当座・ ()		