

高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

[一般・退職]		※太枠内にご記入ください。		負担区分		
被保険者証の記号番号		奈12-()		費用額	円	
世帯合算の有無		高額療養費多数該当		一部負担金	円	
有 ・ 無		回		自己負担額	円	
療養を受けた被保険者の氏名		1		2	3	
個人番号						
療養を受けた被保険者の生年月日		昭和 平成 年 月 日 令和		昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和	
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		年 月 日から 同月 日まで 日間		年 月 日から 同月 日まで 日間	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 円		費用額 円 円	費用額 円 円	
別紙必要書類を添えて、上記のとおり申請します。 年 月 日 世帯主 住所 山添村大字 番地 氏名 印 電話 (あて先) 山添村長						

振込先

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 ()		