|  |
| --- |
| **国民健康保険高額療養費支給申請書**（　　　　　年　　　月診療分） |
| ①被保険者証の記号番号 | ②療養を受けた被保険者の氏名 | ③個人番号 | ④生年月日 | ⑤世帯主との続　　柄 |
|  |  |  |  年月日 |  |
|  |  |  年月日 |  |
|  |  |  年月日 |  |
| ⑥第三者行為（交通事故等）による負傷 | 有 　・ 　無 | 第三者行為による場合は、別途「第三者の行為による傷病届」を提出してください。 |
| ⑦※療養を受けた病院等の名称及び所在地 | 名　　　称 | 所　　在　　地 |
|  |  |
| ⑧※⑦の病院等で療養を受けた期間 | 　　　年　　月　　日から同月　　　日まで　　　　　日間 |
| ⑨※⑧の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑩※支　払　内　訳 | 支給決定額　　　　　　　　　　　　　　円 |
| ⑪※備　　　考 |  |
| 上記のとおり申請いたします日出町長　　 　様令和　　　年　　　月　　日住　所　日出町世帯主　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（電話番号　　　　　　－　　　　　　 　　）代理届出者住 所　　氏 名  　  |

（注）この申請書には、領収書を添付してください。（※の欄は記入する必要がありません。）

本人確認書類　　　□マイナンバーカード　　□免許証　　□その他（　　　　　　　　　　　　）