

国民健康保険高額療養支給申請書

被保険者記号番号	当麻	受診（診療）年月	年 月分
----------	----	----------	------

行政区（ ）

No.	受診者氏名	医療機関等名称	療養に対し 支払った金額	総医療費	
				自己負担額	
1	個人No.		円		円
	男女				
	日(回)	領収書(有・無)			円
	年月日生	入院・入院外	区分(一般・退職)	( )	
2	個人No.		円		円
	男女				
	日(回)	領収書(有・無)			円
	年月日生	入院・入院外	区分(一般・退職)	( )	
3	個人No.		円		円
	男女				
	日(回)	領収書(有・無)			円
	年月日生	入院・入院外	区分(一般・退職)	( )	
4	個人No.		円		円
	男女				
	日(回)	領収書(有・無)			円
	年月日生	入院・入院外	区分(一般・退職)	( )	
5	個人No.		円		円
	男女				
	日(回)	領収書(有・無)			円
	年月日生	入院・入院外	区分(一般・退職)	( )	
6	個人No.		円		円
	男女				
	日(回)	領収書(有・無)			円
	年月日生	入院・入院外	区分(一般・退職)	( )	

上記のとおり申請します。

年 月 日

住所 当麻町

申請者（世帯主）

氏名

(電話番号

)

当麻町長

宛

町 記 入 欄	総医療費	高額療養費対象額	被保険者（世帯）負担額	世帯合算
	円	円	課・非（ ） / 多数（有・無） 円	有・無
	支給決定額	備考		
	円	第三者行為（有・無）		