国民健康保険高額療養費支給申請書

月　　日　　診療分

①被保険者証記号・番号		世帯主個人番号
②療養を受けた方の氏名・生年月日・世帯主との続柄		個人番号
③対象医療費	円	
④療養を受けた病院薬局等の名称		
⑤療養に対して病院等で支払った金額	円	
⑥世帯限度額	円	
⑦支給申請額(⑤－⑥)	円	
⑧備考		
※発病又は負傷の理由	1.第三者行為(交通事故等)　　2.その他(自損事故・疾病等)	

上記のとおり、高額療養費の申請をします。(　　年　　月　　日から　　日まで　　日間)

年　　月　　日

世帯主住所

世帯主氏名　　印　　電話番号

八頭町長　様

切り取らないでください

請求書

八頭町長　様

金＿＿＿＿＿＿＿＿円

但し、医療を受けた、＿＿＿＿＿＿＿＿の高額療養費　　年　　月診療分として

年　　月　　日

請求者　世帯主住所：

世帯主氏名：　　印