国民健康保険高額療養費支給申請書（　　診療分）

被保険者証記号番号			小			
療養を受けた被保険者氏名	区分	算定区分	医療機関名	入外区分	一部負担金	
個人番号						
個人番号						
個人番号						
個人番号						
個人番号						
個人番号						
個人番号						
個人番号						
個人番号						
前１１ヶ月の高額該当月						

上記のとおり医療機関へ支払いましたので申請します。

(あて先)　小松市長

年　　月　　日

世帯主	住所		
	氏名	(フリガナ)	電話番号
		印	(　　) －
	個人番号		

印

支払金額は下記口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名		金融機関支店名		種別	口座番号
		1 銀行 2 信用金庫 3 農協		1 支店 2 支所 3 出張所	1 普通 2 当座	
	口座名義人(フリガナ)					

下欄は記入しないでください。

審査決定額（医療費総額）	70歳以上の方の外来個人支給額	70歳以上の方の世帯合算支給額	70歳未満の方	支給額の合計	現物給付額及び通知済額の合計	貸付額	差引支給額

領収書写し・確認	保険税	1 完納 2 未納 (納税相談　　円充当)	受付