

国民健康保険高額療養費支給申請書 ( 年 月診療分)				受付	確認			
被保険者証 の記号・番号	奈3	療養を受けた 被保険者の 氏名・生年月日		世帯主 との続柄				
傷病名								
療養を受けた病院 ・診療所・薬局等 の名称及び所在地	名称							
	所在地							
療養を受けた 期間	名称							
	所在地							
療養を受けた 期間	日から	日まで	日間					
	日から	日まで	日間					
療養に対し病院等 で支払った額	円	高額療養費 支給回数	回（多数 該当・非該当）					
			1月	2月	3月	4月	5月	6月
			7月	8月	9月	10月	11月	12月
課税状況	上位所得 一定以上	課税 一般	非課税 低所得Ⅱ	不明（ 年 月 日現在） 低所得Ⅰ				
口座振替 (銀行・支店コード)	銀行 農協 信用金庫 ( )	本店 支店 ( )	1.普通 2.当座 3.その他 ( )	口座番号( ) フリカ、ナ 名 義( ) (世帯主に限る)				
<p>上記のとおり療養に要した費用に関する別紙証拠書類を添えて申請します。                  なお、この申請に関して課税台帳及びその他課税資料を確認することに同意します。</p> <p>年 月 日 大和郡山市長 様</p> <p>世帯主 住所 _____ 届出人 氏名 _____ 氏名 _____ 印                  氏名 _____ 氏名 _____                  電話 _____ 電話 _____</p>								
<p>別紙〔高額療養費委任払申請書(様式9号の2)〕のとおり医療機関に受領を委任します。</p> <p>年 月 日 世帯主 氏名 _____ 印</p>								
一部負担金		円	決 定 金 額		円			
備考								