国民健康保険高額療養費支給申請書

（　　年　　月 診療分）

年　　月　　日

豊岡市長　様

被保険者番号								個人番号	
住　所	〒　　－ 豊岡市								
申 請 者 名 （世帯主）								電話番号	

下記のとおり、高額療養費を申請します。
なお、口座名義人が申請者と異なる場合は、口座名義人に受領を委任します。

受診者名	生年月日	医療機関の名称	保険区分	入外	原因	個人番号
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	
			一般・退職	入・外	事故・他	

振込を希望される口座を下記にご記入ください。　※国保税に未納がある方については、口座振込を選択できません。

振 込 先	金 融 機 関 名								預金種目
	銀行・信用組合 信用金庫・労金 農協・信漁連							本店 支店	1　普通 2　当座
	口 座 番 号							フリガナ 口座名義人	

保険者確認欄	所得区分	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一・低Ⅱ・低Ⅰ	一部負担額計	円
	課税区分	ア・イ・ウ・エ・オ	受取方法	口座振込　・　直接払
	滞　納	あ り　・　な し	多数該当	該　当　・　非該当
	支給決定額	円	福祉該当	特疾該当

受付者	