

高額療養費支給申請書

被保険者記号・番号	つるぎ・	診療年月		多数該当月			
-----------	------	------	--	-------	--	--	--

被保険者氏名	性別	生年月日	実日数	医療費	自己負担額	退職 入外	個人番号 備考
医療機関名							
自己負担合計額		円	自己負担限度額		円	支給申請額	円

他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か

つるぎ町長 様
 上記のとおり支払いましたので、関係書類を添えて高額療養費の支給を申請及び請求します。
 年 月 日 印

住 所 徳島県美馬郡つるぎ町
 申請者（世帯主） (フリガナ)
 氏 名 _____ 印
 電 話 _____ 個人番号 _____

振 込 先	金融機関名	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
	口座種別	普通・当座	
	口座番号		
	口座名義人	(フリガナ)	

本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。
 年 月 日 申請者（世帯主） 氏名 _____ 印
 代理人 住所 _____
 (フリガナ)
 氏名 _____ 印
 電話 _____

※給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。