

様式第12 (第12条関係)

本件を承認する。							起案 年 月 日
下記のとおり支給してよろしいか。							
一部負担金の額		一部負担金等 のうち本人負 担額		高額療養費 支給決定額			円
Ⓒ費用徴収額	( 円)		円	Ⓒ分		( 円)	
限度額算定内訳							

国民健康保険高額療養費支給申請書

( 年 月診療分)

記号番号

療養を受けた 被保険者名			
個人番号			
生 年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
傷 病 名			
療養を受けた 病院等	名 称 所在地		
療 養 期 間	年 月 日から 同 月 日まで	年 月 日から 同 月 日まで	年 月 日から 同 月 日まで
療養につき支払った 一部負担金の額	円	円	円
公費負担医療に係る 費用徴収の額	円	円	円
当申請の診療月以前12箇月間に高額療養費を 受けた時は、その療養の年月(直近3回)	年 月	年 月	年 月

年 月 日

上記のとおり領収書等の関係書類を添えて申請いたします。

(宛先) 高浜市長

住 所 高浜市 町 丁目 番地  
 申 請 者 (世帯主) 個人番号  
 氏 名  
 電 話 ( ) -

国民健康保険療養費については、次の口座に振り込んでください。

振込先	指定金融機関名	店 名	預金の種類	口座番号	口座名義人
	銀行 金庫 組合	店	普 通 当 座		