

診療年月	合 算 印	—	多数該当	受 付 日
年 月				

国民健康保険高額療養費支給申請書兼請求書

被保険者の記号番号		世帯主氏名		申請区分	一般・退職
高国					
診療を受けた被保険者氏名	保険医療機関名	入院・通院	日数	一部負担金相当額	
生年月日	所在地	採 択	入外世非	個人番号	
・					
・					
・					
・					
・					
・					
・					
上記診療は第三者行為によるものを含むか			<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		

上記のとおり申請します。
 上記の高額療養費については、次の金融機関へ口座振込にて支払われるよう請求します。

金融機関名		預金種別	口座番号 ※7桁
銀行・信用金庫 農協・信用組合		普通・当座	
店番	支店名	口座名義(世帯主) ※カタカナ	
	支店・本店 出張所		

申請者以外の口座に振込む場合、右記に☑すること。 ☐ 当該高額療養費の受領に関する一切の権限を口座名義人に委任します。

令和 年 月 日

申請者 (世帯主) 住所 高槻市 _____
 (委任者) 氏名 _____

(宛先) 高槻市長

TEL _____

受付
