

# 高額療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	多数該当月			診療年月	令和 年 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							
		昭和 年 月 日					
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る	はい・いいえ
第三者行為による受傷である	はい・いいえ

仙北郡美郷町長 松田 知己 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。

〒

住 所

令和 年 月 日 申請者（世帯主） 氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

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	(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。

令和 年 月 日 申請者（世帯主）氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

電 話 \_\_\_\_\_

※給付人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。