

高額療養費支給申請書

令和 年 月 日

板野町長 殿

(世帯主) 住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 () _____

個人番号 _____

(届出人) 氏 名 _____ (家族・施設等関係者)

保険診療にかかる一部負担金を支払いましたので、高額療養費の支給を申請します。また、一部負担金支払状況について、町が該当医療機関等へ照会することに同意します。

被保険者記号番号		板野	
診療を受け た被保険者	氏 名		
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
他の医療給付助成制度について		なし・あり（制度名又は公費番号ー）	

振 込 口 座 番 号	銀 行 農 協 信用金庫	本 店 支 店 支 所	種 目	口 座 番 号			
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金				
			2 当座預金				
		3 ()					
(フリガナ)							
口座名義人							

(町確認欄)	本人確認	国民健康保険税滞納の有無
	<input type="checkbox"/> 免許証、 <input type="checkbox"/> 保険証、 <input type="checkbox"/> その他 ()	あり ・ なし