

受 付 年 月 日	課長	補佐	主幹	係

国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成 年 月診療分) No. \_\_\_\_\_

① 被保険者証の番号 徳国保一	②療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日・ 個人番号		氏名	③世帯主 との続柄
			昭・平 年 月 日	
			個人番号	
④ 傷 病 名			④～⑦の項目については、 別添、診療報酬明細書 及び領収書のとおり。	
⑤療養を受けた病院・ 診療所・薬局等の名 称及び所在地	所在地	名 称		
⑥ ⑤の病院で療養を 受 け た 期 間	平成 年 月 日 から	平成 年 月 日 まで	日間	
⑦ ⑥の期間に受けた 療養等に対し病院及び 薬局等で支払った額	金額 円	金額 円	⑧国保税 期まで 納入済。担当者印	

上記のとおり申請します。

平成 年 月 日

徳之島町長 高岡 秀規 殿

住所 徳之島町

世帯主

氏名

Ⓜ 電話 ー

個人番号

委 任 状

私は、平成 年 月 日の申請に係る高額療養費の

受領を\_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_) に委任します。

徳之島町長 高岡 秀規 殿

世帯主 氏名

Ⓜ

個人番号

※第三者行為又は業務上の事故による傷病において診療を受けた医療機関等

名称	
所在地	

支給決定額

\_\_\_\_\_ 円