国民健康保険　高額療養費　支給申請書

被保険者記号・番号	申請者（世帯主）氏名	診療年月	所得区分
旭		R　年　月	
交通事故等の第三者行為	有　・　無		

療養を受けた被保険者氏名		個人番号		総医療費
生年月日	傷病名	入外	日数	被保険者負担額
医療機関名等		医療機関等所在地		
				円
			日	円
				円
			日	円
				円
			日	円
				円
			日	円
				円
			日	円

限度額（国保世帯の限度額）	支給額
円	円

上記のとおり申請します。　（宛先）旭川市長　今津　寛介　令和　年　月　日

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者（世帯主）　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受取方法	□　振込口座を指定する（下記口座情報を御記入ください。）。 □　総合庁舎会計課窓口で受け取る（別途申込み用紙が必要です。）。 ※支給決定通知受領後、お受け取りできます。

◎振込口座

金融機関名	銀　行 信用金庫 信用組合 農　協	支店名	本店 本所 支店 支所	口座番号及び種類							
				1. 普通(総合)　2. 当座　3. 貯蓄							
金融機関CD		支店CD		口座名義人	フリガナ						
					氏名						