

支 給 決 定 伺			
課長	補佐	係長	係
費 用 額		円	
支 給 額		円	

国民健康保険高額療養費支給申請書				
(年 月 診療分)				
被保険者証 の記号番号	み気 A	療養を受 けた被保 険者氏名	年 月 日生	世帯主 との 続 柄
傷 病 名				
療養を受けた病院, 診療所, 薬局等の名称及び所在地		名 称 所 在 地		
病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで	日間	
上記の期間に受けた療養に対 し病院等で支払った額		円		
備 考				
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>気仙沼市長あて</p> <p style="text-align: center;">住 所 気仙沼市</p> <p style="text-align: center;">世帯主</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">電 話 ()</p> <p>上記支給額については、下記の預金口座に振り込んでください。</p>				
銀 行 ・ 支 店 名	預金種目	口 座 番 号	口座名義人 (フリガナ)	
	普 ・ 当			

※ 第三者行為の有無 有 ・ 無

個人番号									
世帯主									
療養を受けた者 ()									
療養を受けた者 ()									