

新郷村国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成 年 月診療分)

記号番号	種別 合算・世帯合算・長期高額疾病・多数該当・入院・その他		確認 (限度額) 円					
被保険者氏名	昭・平 年 月 日生		昭・平 年 月 日生					
個人番号								
一般・退職者の別	一般・退職者 (本人・被扶養者)		一般・退職者 (本人・被扶養者)					
傷病名								
療養を受けた病院名等								
療養を受けた期間	平成 年 月 日から 日間		平成 年 月 日から 日間					
	平成 年 月 日まで		平成 年 月 日まで					
平成 年 月 日								
上記のとおり申請します。								
新郷村長 様		住所						
		世帯主氏名 印						
		個人番号						
第三者行為 該当 非該当 (どちらかを○で囲んで下さい) TEL								
上記申請の高額療養費を次のとおり支給してよろしいかお伺いします。								
決裁	村長	副村長	参事・課長	G L	総括主幹	総括主幹	主幹	係
支給額	件数	費用額	結予	対象費用額	一部負担金	特別療養費等	限度額	支給額
		円	円	円	円	円	円	円
按分額	一般	円	円	円	円	円	円	円
	退職	円	円	円	円	円	円	円
口座振込希望の有無		1. 有			2. 無			
振込口座番号		支払い店		銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合 店				
		口座番号 普通・当座 No.			名義人			