

国民健康保険高額療養費支給申請書

(平・令 年 月分)

高額療養費支給済	
第 号	
支給年月日	令和 年 月 日
支給額	円

① 被保険者証の記号 番号	403-	② 療養を受けた被保険者の氏名・個人番号 (生年月日)	個人番号 (昭・平・令 年 月 日)	③世帯主 (続 柄)	()
------------------	------	--------------------------------	-----------------------	---------------	-----

④ 傷 病 名					
⑤ 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地	名 称	レセプトの記載により確認			
	所在地				
⑥ ⑤の病院等で療養を受けた期間	平・令 年 月 日から 月 日まで 日間				
⑦ ⑥の期間に受けた療養に対して支払った額	金 円				
⑧ 備 考			⑨ 第三者行為	有 ・ 無	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

申請者（世帯主） 住 所

(個人番号)

：	：	：	：	：	：	：	：	：	：
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

フリガナ
氏 名 印

電 話 ()

申請代理人 住 所

氏 名

世帯主との続柄

電 話 ()

富士吉田市長 殿

支払金融機関名	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本店 支店 本所	普通 当座		滞 納
					有 ・ 無
フリガナ					受 付 者
口座名義人					

※ 振込みは世帯主名義の金融機関となります。
※ 高額療養費は、医療費の支払いの翌日から起算して2年を経過すると支給を受ける事が出来なくなります。