

様式第27号(第45条関係)

税確認欄					課長	課長補佐	係長	担当
納付	申告	区分						
		一般	上位	低所得				

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 記号番号		療養を受けた被保険者 区分	一 退 般 職	個人番号		療養を受けた被保 険者名	
---------------	--	------------------	------------------	------	--	-----------------	--

療養を受けた医療機関名	
-------------	--

次のとおり高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

那 須 塩 原 市 長 様

世帯主 住所

(受付印) 氏名 ㊟

個人番号

電話

次の口座への振込みを依頼します。

振 込 先	金融機関名	足利銀行 ・ 栃木銀行 ・ 福島銀行 大田原信用金庫 ・ 白河信用金庫 那須信用組合 ・ 那須野農協	銀行 ・ 信金 信組 ・ 農協
	支店名	支店 支所 出張所	口座種別 普通 ・ 当座

フリガナ		口座番号	
口座名義人			

診療点数	費用額	保 険 者 分 負 担 分	高 額 療 養 費	被 保 険 者 分 負 担 分	他 法 優 先	国 保 優 先
点	円	円	円	円	円	円

