

様式第 2 7 号(第 4 5 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 記 号 番 号		療養を受けた 被保険者区分	一 般 退 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							
那須塩原市							
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 ・ 那須野農協 那須信用組合 ・ ゆうちょ銀行			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 口座名義人		口座 番号					
診療点数	費用額	保 険 者 負 担 分	高額療養費	被 保 険 者 負 担 分	他 法 優 先	国 保 優 先	
点	円	円	円	円	円	円	

※世帯主の氏名を記入し、
必ず押印してください