

国民健康保険高額療養費支給申請書 ( 年 月診療分)											
※支給金額		一金 円也			病院等に支払った額			円			
記号番号		長沼			治療を受けた者の氏名			年 月 日生			
個人番号											
療養を受けた病院・診療所・薬局その他の者		所在地					療養を受けた期間と日数				
		名称					自 年 月 日 至 年 月 日 (日間)				
上記のとおり申請します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 住所 夕張郡長沼町 世帯主 氏名 <span style="float: right;">(印)</span> 長沼町長様											
上記の通り申請金額の受領を <span style="float: right;">(印)</span> に委任します。 <p style="text-align: right;">年 月 日</p> 住所 夕張郡長沼町 世帯主 氏名 <span style="float: right;">(印)</span>											
※ 上記申請に基づく高額療養費の審査決定額は下記の通りである。											
費用額	保険負担者金	一部負担金 A			他方負担額		自己負担額 B	差引支給額 A-B			
円	円	円			円		円	円			