

国民健康保険高額療養費支給申請書										( 年 月診療分)		第三者行為 ( 有 ・ 無 )			
※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。												年 月 日			
住所 夕張郡長沼町										世帯主		氏名		Ⓜ	
長沼町長様															
上記の通り申請金額の受領を												Ⓜ に委任します。			
年 月 日															
住所 夕張郡長沼町										世帯主		氏名		Ⓜ	
※ 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					