

高額療養費支給申請書兼請求書

殿 〒 住所 _____
〒 氏名 _____

次のとおり高額療養費の支給申請及び請求をします。

被保険者証の記号番号		診療年月		多数該当月			
療養を受けた被保険者			医療機関名	実日数	総費用額(円)	一部負担金(円)	備考
氏名/個人番号	性別	生年月日					
一部負担合計額	円	自己負担限度額	円	支給申請額 (請求)	円		

支払方法	金融機関名	預金種別	金融機関名	預金種別
	支店名	口座番号	支店名	口座番号
	口座名義人	かな 漢字	口座名義人	かな 漢字

殿

上記のとおり支払いましたので、関係書類を添えて高額療養費の支給を申請します。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印

個人番号 _____

電話 _____

申請者

同意書

私は、高額療養費支給申請に係る自己負担額確認にあたり、私と私の同一世帯員の住民税課税台帳を閲覧することに同意します。

令和 年 月 日

申請者氏名 _____ 印