

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者番号		世帯主 氏名			
受診者氏名		続柄		性別	
生年月日		個人番号			
傷病名		病院・ 薬局等	名称		
療養期間			所在地		
病院等で 支払った額					
多数回該当	有 ・ 無	第三者行為の該当	有 ・ 無		
<p>秩父別町長 様</p> <p>上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。 なお、受給資格の期間において、今後の高額療養費の支給については、 この申請書により取り扱うことを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p>世帯主 氏 名 電 話</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p>					
<p>(委任状)</p> <p>高額療養費の受領について、次の者に委任します。</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p>受任者 氏 名 印</p> <p style="text-align: center;">電 話</p> <p>委任者 住 所</p> <p>(世帯主) 氏 名 印</p>					
振込先	金融機関名	銀行 信金 農協		支店名	本店 本所 支店
	口座番号	普通・当座			
	口座名義(カナ)				
同意及び 誓約事項	<input type="checkbox"/> 支払うべき一部負担金に未納が生じた場合は、秩父別町に申し出ます。 <input type="checkbox"/> 高額療養費の支給後に、変更等により返還が生じた場合は、今後支給される高額療養費と差し引く（相殺する）ことに同意します。差し引けない場合は、秩父別町に返還することを誓約いたします。				