

北海道国民健康保険高額療養費支給申請書 ()

年 月 診療分

一般・退職

被保険者証の記号・番号		記号・士幌		番号・	
療養を受けた被保険者の氏名 (個人番号)	A	()	世帯主 との 続柄		生 年 月 日
	B	()			
	C	()			
第三者求償の有無 (有 ・ 無)					
療 養 を 受 け た 医 療 機 関	所 在 地	添付書類のとおり		名 称	添付書類のとおり
傷 病 名	添付書類のとおり	療養を受けた期間と 日 数	添付書類のとおり	左記の期間に 受けた療養に 対し支払った 金 額	添付書類のとおり
<p>上記のとおり関係書類を添えて申請します。 また、この申請に関して士幌町が必要とするときは、私の世帯の住民税課税状況等について調査されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所 _____ 世帯主 氏名 _____ 個人番号 _____</p> <p>士 幌 町 長 様</p>					

上記の高額療養費の受領に関する権限を _____ に委任します。
 上記の高額療養費を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 替 申 出	振込先金融機関	農協・信金・銀行		本所・支店・本店						
	口座種別	普通・当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義									

支給決定額	円	課税状況	
按分計算			※計算の詳細は裏面のとおり

決 裁	課長	主幹	担当主査	担当	受付	年 月 日
					決定	年 月 日
					支払	年 月 日