|  |  |
| --- | --- |
| 診療年月 | 令和　　年　　月 |
| 被保険者証　記号・番号 |  |  | 多数該当月 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | | 性別 | 生年月日 | | 実日数 | | 医療費 | 自己負担額 |  | 退職 | 個人番号 |
| 医療機関名 | | | | | | |  | 入外 | 備　　考 |
|  | |  | 昭和　　年　　月　　日 | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  |
|  | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  |
|  | |  |  | | |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  |
| 自己負担合計額 | 円 | | | 自己負担限度額 | | 円 | | 支給申請額 |  | 円 | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受ける | | | はい・いいえ |
| 第三者行為による受傷である | | | はい・いいえ |
| 仙北郡美郷町長　松田知己　様  　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及び請求します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所  　令和　　年　　月　　日　　　　申請者（世帯主）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏　名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話 | | | |
| 振　　　込　　　先 | 金融機関名 | 銀行　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本　店  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　金庫　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　支　店  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　農協　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　出張所 | |
| 口座種別 | 普　　通　　・　　当　　座 | |
| 口座番号 |  | |
| 口座名義 | （フリガナ） | |
|  | |
| 本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。  　令和　　年　　月　　日　　　　申請者（世帯主）氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　代理人　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　話 | | | |