

高額療養費支給申請書

令和 年 月 診療分

保険証番号		
区分		
世帯主氏名		
交通事故等の有無	有 ・ 無	
療養を受けた被保険者の 氏名・生年月日		
医療機関の名称等		
傷病名		

振込先口座情報

口座情報が表示されている方は登録済みの口座がございます。
 なお、口座の変更・登録内容の誤りがある場合や、登録のない場合は下段にご記入願います。

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	口座名義人氏名
※				

上記の通り申請します

令和 年 月 日

世 住所

帯 氏名

七飯町長

杉原 太 殿

主 電話

町 記 入 欄	総医療費	他方負担額	保険者負担額	一部負担額 (①)	限度額 (②)
		0			
	現物給付額 (③)	差引支給額(①-②-③)	委任額他	支給予定額	支給決定額

区分	レセプト	回数
一般	合算	多数
前期 高齢		その他 多数
2割 ・ 3割 未就学	単独	入院 その他