

様式第 20 号 (第 31 条関係)

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月 診療分)

年 月 日

庄内町長

宛

世帯主 住所
氏名

個人番号

第三者行為の有無		有 ・ 無		一般 ・ 退職	
被 保 険 者 記 号 ・ 番 号		療養を受けた 被保険者氏名・ 生年月日及び 個人番号	年 月 日		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
傷 病 名					
1. 療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地		名 称 所在地			
2. 1. の病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで			日間
3. 2. の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額		円			
4. 今回申請の診療月以前 12ヶ月に高額療費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月		診療月			
		1	年	月診療分	備 考
		2	年	月診療分	
		3	年	月診療分	