

支払区分	既発生額	今回支給額

令和 年 月 診療分

令和 年 月 処理

自己負担限度額	所得区分・課税区分	.
---------	-----------	---

<世帯の受診内容>

受診番号	受診者氏名（療養を受けた者）		生年月日		入院 外来	給付種別 保険医療費	診療機関名	
	受診者個人番号		性別	給付割合			計算対象額	一部負担金
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

三重県北牟婁郡紀北町長 様

上記のとおり医療費を支払いましたので高額療養費の支給申請をします。

年 月 日

世帯主	被保険者記号番号								前回と同じ 口座の場合は こちらへ○
	個人番号								
	住所							電話番号	
	フリガナ								
	氏名								
振込先	金融機関名		支店名		口座番号		普・当		
	銀行 信用金庫 農協		支店						
	口座名義人（カタカナで記入してください）								

受付者

第三者行為	有・無
-------	-----