

理事長	常務理事	事務局長	係

振込銀行をご記入下さい	
銀行 信金	支店
普 当 No	
フリガナ 名義	

## 国民健康保険 高額療養費 支給申請書

①被保険者証の記号番号		診療年月	年 月	診療分
②療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	④療養を受けた病院等の 名称	⑤ 療養期間		⑥ 病院等で 支払った額
③疾病名	診療区分	所在地	月 日 ～ 日 日間	
				円

受領委任状((准)組合員本人と振込先口座名義人が異なる場合は記入してください。)  
 この給付の受領を、  
 (口座名義人住所)  (准)組合員と同じ (口座名義人氏名)  
 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ に委任します。  
 申請者((准)組合員氏名) \_\_\_\_\_ ㊟

上記のとおり関係書類を添えて申請します。  
 年 月 日  
 住 所  
 (准)組合員 氏 名  
 電話番号 \_\_\_\_\_ ㊟  
**兵庫県医師国民健康保険組合理事長 殿**

組合使用欄	資格区分	一般 70歳以上 未就学	高額区分	一般 多数 長期 その他
	所得区分	前期 上(I・II・III)・一・低(I・II)	支 給 決 定 額	
		全体 ア・イ・ウ・エ・オ	支給しない理由	
備 考		支払年月日		