

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	平成 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 及び所在地	⑤療養期間	⑥病院等で 支払った金額
③疾病名	診療区分			
			月 日 ～ 日 日間	円
			月 日 ～ 日 日間	円
			月 日 ～ 日 日間	円
			月 日 ～ 日 日間	円
			月 日 ～ 日 日間	円
			月 日 ～ 日 日間	円

⑦ 備 考

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

平成 年 月 日

住 所

(准) 組合員

氏 名

印

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 3歳未満	高額区分	一般 多数 長期 その他
	世帯区分	前期 上・一・低 (I・II) 全体 ア・イ・ウ・エ・オ	支 給 決 定 額	円
			支給しない理由	
備 考		支払年月日		