

# 国民健康保険 高額療養費 支給申請書

枚中 枚目

被保険者記号・番号	申請者（世帯主）氏名	診療年月	課税区分	所得区分		
弘前		令和 年 月	ア・イ・ウ・エ・オ	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・ 一般・低Ⅱ・低Ⅰ		
交通事故等の第三者行為		有 ・ 無				
療養を受けた被保険者氏名	生年月日	医療機関等名		入外	日数	被保険者負担額
	個人番号					
	年 月 日			入・外	日	円
	年 月 日			入・外	日	円
	年 月 日			入・外	日	円
	年 月 日			入・外	日	円
	年 月 日			入・外	日	円
	年 月 日			入・外	日	円
	年 月 日			入・外	日	円
	年 月 日			入・外	日	円

上記のとおり申請します。 弘前市長 様  
住所 \_\_\_\_\_

申請者（世帯主） \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。					
振込	金融機関	コード	名称	フリガナ	口座名義人	
	支店		銀行 信用金庫 協同組合 本店 支店 出張所		口座番号	
	口座種別	普通				

受 付 印