

受付印

確 認 事 項			
領収書		未 納	有・無

大 垣 市 国 民 健 康 保 険 高 額 療 養 費 支 給 申 請 書
(年 月診療分)

被保険者記号・番号		世帯主の氏名	
-----------	--	--------	--

診療 年月	氏 名												診療を受けた病院名・所在地	期 間	支払金額	
	個 人 番 号															
														日	円	
															日	円
															日	円
															日	円
															日	円
															日	円
															日	円
															日	円
※ 第三者の行為による診療を含む場合は申し出てください。																

振込先	☐ 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) 注) 申請者(世帯主)以外の口座を利用される場合は、必ず口座情報をご記入ください。		
	銀行・信金・農協 店		フリガナ
	口座名 普・当 番号		名義人氏 名

大 垣 市 長 様
上記のとおり申請します。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

個人番号 _____

本人確認処理欄

免 許	バ ス	住 基	保 険	身 障	年 金	聞 取	個 人	

世帯主