第6号様式の2（第10条の2関係）

確　認　事　項			
領収書		未　納	有・無

受付印

（処理番号　　）

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 個人番号	診療を受けた病院名・所在地	期間	支払金額
			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	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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話　　－

本人確認処理欄

免許	パス	住基	保険	身障	年金	聞取	個人	

個人番号												