

阪南市国民健康保険高額療養費支給申請書

平成
令和

年

月 診療分

被保険者証 番号	阪南国	氏名 及び 生年月日 〔療養を受けた被保険者〕	昭 平 令	世帯主 との 続柄	
		年 月 日	年 月 日		
		個人番号			

交通事故

有 ・ 無 (○をしてください。)

阪南市国民健康保険高額療養費について、別紙領収書を添えて申請します。

令和 年 月 日 電話番号 () -

申請人(世帯主) 住所 阪南市

氏名

個人番号

阪南市長様

振込先金融機関名	銀行	支店 本店
	信用金庫	
	農協	

預金種別	普通 ・ 当座
------	---------

預金口座番号	
--------	--

(カタカナ) 預金口座名義人	
-------------------	--

処理欄

領収書確認

収納確認

年齢区分

70歳未満

70歳以上

適用区分

ア・イ・ウ・エ・オ

現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一・低Ⅰ・低Ⅱ