

国民健康保険高額療養費支給申請書
(重度心身障がい者医療費助成該当分)

伊達市長 桑折町長
国見町長, 川俣町長 様

年 月 日

受給者 住所 _____
氏名 _____ (印)

世帯主 住所 _____
氏名 _____ (印)
(電話 _____)

次のとおり申請します。

(年 月 診療分)

(受給者番号: _____)

①被保険者証の記号・番号	島 一	②受給者の氏名		昭・平・令 年 月 日生
③被保険者区分	1 一般 2 退職本人 3 退職被扶養者			
④傷病名	診療報酬明細書のとおり		傷病原因	1 第三者行為・労働災害等 2 その他
⑤病院・診療所 薬局等の名称 所在地	名 称			
	所 在 地			
⑥⑤の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 日まで 日間			
⑦⑥の区分	1 入院 2 外来 3 院外処方箋			
⑧⑥の期間中に病院等に支払った金額	円			
備 考				

<p>上記の者に係る高額医療費（重度心身障がい者医療費助成該当分）の受領に関する権限を代理人に委任します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>世帯主 住所 _____ 氏名 _____ (印)</p> <p>代理人 伊達市長 桑折町長 国見町長 川俣町長</p>	
---	--