様式第12号(第２条関係)

国民健康保険高額療養費支給申請書

受付印

受付者

保険証番号	世帯主氏名	診療年月	課税区分	所得区分
交通事故等の第三者行為	有　・　無	多数回該当月		

療養を受けた被保険者氏名	性別	生年月日 個人番号	医療機関名	入外	日数	患者負担額

※医療機関所在地及び傷病名　全てレセプト記載のとおり

支給済額	被保険者負担額	限度額	支給額

松前町長様　　年　　月　　日

上記のとおり申請いたします。

住所　松前町大字

申請者氏名(世帯主)　　㊞

電話番号　　個人番号

□　前回振込口座に振込を希望

前回振込口座			種目	口座名義人（フリガナ）
			１普通(総合)　２当座	
			口座番号	

□　下記口座に振込を希望

変更口座	銀行 信用金庫 農協	支店	種目	口座名義人（フリガナ）
			１普通(総合)　２当座	
			口座番号	