

(第2号様式)

(ここは記入しないでください)

一般退職 高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

区 分			回 数	滞 納
ア ・ イ	ウ ・ エ	オ		有 無

被保険者証の記号番号	交通事故等の第三者行為 有 ・ 無		
被保険者の個人番号			
療養を受けた被保険者の氏名	1、	2、	3、
上記の者の生年月日	()	()	()
世帯主との続柄			
療養を受けた病院等の名称及び所在地	名 称		
	所 在 地		
病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 入院・外来	年 月 日から 同月 日まで 入院・外来	年 月 日から 同月 日まで 入院・外来
病院等で支払った金額	円	円	円
振込先金融機関 (世帯主名義)	銀 行	本 店	口座番号
	金 庫	支 店	フリガナ
	組 合	本 所	口座名義人
	農 協	支 所	整理番号
	労 働	出 張 所	
上記のとおり申請します。	世帯主 個人番号		
年 月 日	住 所	玖珠町大字	
玖珠町長様	氏 名		(電話)
◎ 連絡先が上記住所と違う場合は、 右記に連絡先を書いてください。	住 所		
	氏 名		(電話)

支給計算書 (以下は記入しないでください。)

区 分	1. 一・退・退扶	2. 一・退・退扶	3. 一・退・退扶
費 用 額	円	円	円
保険者負担額	円	円	円
自己負担額	円	円	円
公費負担額	円	円	円
費用徴収額	円	円	円

自己負担額	円
負担限度額	円
貸付額 (NO.)	円
納税額	円
支給決定額	円

* この他、申請には病院等に支払った領収書が必要です。