

黒部市長 様  年 月診療分の高額療養費について、次のとおり申請し請求します。なお支給決定額は、下記の口座に振り込んでください。		届出年月日	令和 年 月 日		
		住 所	黒部市		
		世帯主名			
		電話番号	—		
①被保険者 記号・番号			③納付状況	完納・未納	
②療養を受けた 病院等の名称 所在地と傷病名	別紙のとおり				
③第三者行為の 有無	有 ・ 無				
④振込指定口座 (世帯主)	金融機関名		支店		種別
	銀 行 農 協 金 庫 漁 協		支 店 支 所 出張所		普通  当座
	口座番号		口座名義(カタカナ)		

(世帯主以外の口座に振込みを希望される場合は、ご記入ください。)

本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。

世帯主 氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

事務処理(ここからの記入は不要です)

支払区分	資格区分	課税区分	多数該当区分	氏名	生年月日	医療機関名	費用額	一部負担金	窓口負担額	限度額	支給額
委償福	一・退		回目・多数		S H R . . .						
						入院・外来					
委償福	一・退		回目・多数		S H R . . .						
						入院・外来					
委償福	一・退		回目・多数		S H R . . .						
						入院・外来					
委償福	一・退		回目・多数		S H R . . .						
						入院・外来					
委償福	一・退		回目・多数		S H R . . .						
						入院・外来					
合計											