国民健康保険高額療養費支給申請書

診療年月	年　　月	記号番号	山	交通事故等の第三者行為	有　・　無

受診者名	個人番号	種別	医療機関名	日数	医療費費用額	患者負担額
合　　計						

限度区分		多数該当		今回支給額 （内貸付額）　　（　　）

□　高額療養費については、下記口座に振込を依頼します。

銀　行 組　合 金　庫	店

預金種別	普通	口座番号								←左詰めでご記入ください
口座名義人（カタカナ）										←左詰めでご記入ください

□　前回と同じ口座に振込を依頼します。

（宛先）　山　形　市　長

上記のとおり申請します。

年　　月　　日

保険証の世帯主　　住　　所

氏　　名　　㊞　　㊞

個人番号

電話番号