

国民健康保険高額療養費申請書

(長期高額特定疾病)

保険者番号	420091	記号・番号	対馬		
被保険者名		生年月日	1:昭和 2:平成 3:令和	年 月 日	性別 男・女
個人番号					
診療年月	平成・令和	年 月	自己負担上限額(A)	5千円 ・ 1万円 ・ 2万円	
診療を受けた医療機関名					
自己負担額(B)		円		円	

上記のとおり関係書類を添えて申請します。

令和 年 月 日 住所

対馬市長 様

氏名
(世帯主)

連絡先

個人番号
(世帯主)

窓口払	会計課(本庁 ・ 行政サービスセンター ・ 分室)				
振込先 (世帯主 名義)	銀行	本店	口座 番号		
	農協	支店			
	信漁連	支所	口座 名義 (カナ)		
種別	1. 普通 2. 当座 3. その他()				

上記申請に対し下記のとおり支給してよろしいか伺います。		決 裁	課 長	課長補佐	係 長	課 員	係
起 案	令和 年 月 日						
決 裁	令和 年 月 日						

一部負担額合計(B)	円
支給額(B)-(A)	円

受 付 印