

様式第7号(第16条関係)

年 月 日

彦根市長 様

世帯主 住所 _____

氏名 _____

(署名または記名押印)

電話 _____

個人番号 _____

国民健康保険高額療養費支給申請書

(月診療分)

下記のとおり申請します。

被保険者記号番号	滋彦		
療養を受けた被保険者の氏名 および個人番号			
傷病名		第三者行為	有・無
療養を受けた病院・薬局等の名称 および所在地			
療養期間	日間 日間 日間	区分	
支払った一部負担金の額	円 円 円		
振込口座の名称	前回の通り		
新規変更	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。(利用する方は、口座情報の記入は不要です。)		
	銀行 信用金庫 農協	支店 (普通・当座 第 号)	
預金名義人 (カタカナ で記入くだ さい。)			
※ 申請者と名義人が異なる場合は、名義人に領収権を委任します。			