

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	□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 支店 (普通・当座 第 号) 農協		
		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。				