

被保険者番号		世帯主氏名		診療月		高齢課税区分		世帯課税区分	
国民健康保険で診療を受けた人					診療を受けた病院等				
1	氏名			外来	通院日数	日	支払金額		円
	生年月日		資格区分	入院	病院名				
	負担割合	個人番号			入院日数	日間	支払金額		円
2	氏名			外来	通院日数	日	支払金額		円
	生年月日		資格区分	入院	病院名				
	負担割合	個人番号			入院日数	日間	支払金額		円
3	氏名			外来	通院日数	日	支払金額		円
	生年月日		資格区分	入院	病院名				
	負担割合	個人番号			入院日数	日間	支払金額		円
4	氏名			外来	通院日数	日	支払金額		円
	生年月日		資格区分	入院	病院名				
	負担割合	個人番号			入院日数	日間	支払金額		円
5	氏名			外来	通院日数	日	支払金額		円
	生年月日		資格区分	入院	病院名				
	負担割合	個人番号			入院日数	日間	支払金額		円
6	氏名			外来	通院日数	日	支払金額		円
	生年月日		資格区分	入院	病院名				
	負担割合	個人番号			入院日数	日間	支払金額		円
7	氏名			外来	通院日数	日	支払金額		円
	生年月日		資格区分	入院	病院名				
	負担割合	個人番号			入院日数	日間	支払金額		円
8	氏名			外来	通院日数	日	支払金額		円
	生年月日		資格区分	入院	病院名				
	負担割合	個人番号			入院日数	日間	支払金額		円
9	氏名			外来	通院日数	日	支払金額		円
	生年月日		資格区分	入院	病院名				
	負担割合	個人番号			入院日数	日間	支払金額		円
10	氏名			外来	通院日数	日	支払金額		円
	生年月日		資格区分	入院	病院名				
	負担割合	個人番号			入院日数	日間	支払金額		円
長崎市長 様					自己負担限度額		円	支給予定額	
年 月 日					市記入欄				
上記の通り、国民健康保険高額療養費の給付を申請します。あわせて長崎市長が									
高額療養費支給のため、私及び世帯員の課税状況について調査することに同意します。									
住所					有・無				
世帯主 氏名					電話番号				
個人番号									
世帯主の振込先口座		銀行 信用金庫 信用組合 農業組合 漁業組合		本店 支店 出張所		1 普通 2 当座 その他 ()		名義人 (世帯主) 口座番号	
コード		コード							

※太枠内をご記入下さい。

ATMでの操作をお願いすることはありません。

審査	係員	受付