

様式第17号（その1）（第14条関係）

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証番号											
世帯主及び被保険者の氏名 (世帯主との続柄)		性別	生年月日		個人番号						
()		男女	年	月	日						
()		男女	年	月	日						
()		男女	年	月	日						

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 ()	本支店 ()	預金種別	普通座 ()
口座番号		※左詰記載してください		
口座名義人 (カタカナ)				

岩内町長様

新規 私は医療機関等に対して一部負担金を今後も遅滞無く支払うことを誓約し、上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。また、下記の事項に同意します。

- ・今後私にかかる高額療養費の支給については、この申請をもって支給されること。
- ・再審査等により支給額に変更が生じた場合は、次回以降の支給額で調整されること。
- ・交通事故等の第三者行為求償事務の対象となった場合は傷病届を提出すること。

変更 高額療養費の振込先を変更願います。

年 月 日

(個人番号)

--	--	--	--	--	--	--	--	--

(世帯主住所) 岩内町字

(世帯主氏名)

(電話)

※ 注意事項

- ・国民健康保険税を滞納した場合は、高額療養費が発生した診療月ごとに申請書の提出が必要です。
- ・振込口座を変更する場合は、申請書の再提出が必要です。
- ・第三者行為求償に係る分は対象外です。