

組合記入欄	常務理事	事務局

高額療養費支給申請書
(平成 年 月診療分)

被保険者記号番号		み 歯		A	
受 給 者 氏 名		(ふりがな)		生年月日	昭平 年 月 日
続 柄		傷 病 名			
給付を受けた病院 診療所、薬局等		名 称			
		所在地		(〒 -)	
給 付 期 間		平成 年 月 日 から			
		平成 年 月 日 まで			
上記期間中支払った額				円	
組合記入欄	費 用 額	保 険 者 負 担 額	高 額 療 養 費 支 給 額	一 部 負 担 額	
	円	円	円	円	
<p style="text-align: right;">平成 年 月 日</p> <p>上記のとおり領収書を添えて申請いたします。</p> <p style="text-align: center;">自宅住所 (〒 -)</p> <p>第1種 第2種 第3種 組合員 第4種</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p style="text-align: center;">宮城県歯科医師国民健康保険組合理事長 殿</p>					
振 込 銀 行 名		銀行		支店 ・ 本店	
預 金 種 別		普通預金 当座預金		貯蓄預金	
口 座 番 号				※左詰めで記入願います。	
口 座 名 義 人		(ふりがな)			

- ・該当する欄への記入と該当項目への○印をお願いします。
- ・市区町村が発行する「市・県民税課税（又は非課税）証明書」を添付願います。（当該年分について既に提出されている場合は、不要です。）