

申請書に記載されている「診療年月」をご記入ください。

国民健康保険高額療養費支給申請書（ 年 月分）

別紙「国民健康保険高額療養費支給申請書」の内容に相違ありませんので、下記事項を誓約のうえ申請します。

- ☐ 第三者のいる事故または業務上の事故による傷病に関する診療を受けていません。
- ☐ 別紙にしめした医療費について、一部負担金（窓口徴収額）の支払いをすべて終えています。
- ☐ 支給済の高額療養費が減額となった場合、減額した金額を返還します。
- ☐ 申請者（相続人）は高額療養費の請求及び受領に関し相続人を代表して行い、一切の責任を負います。また、他の相続人からの問い合わせについては情報提供することを了承します。

泉大津市長 殿

年 月 日

津国 (記入不要)

世帯主住所 泉大津市

世帯主名（診療年月当時）

相續人住所 _____

相続人氏名 ⑩ (シャチハタ不可)

電話番号	世帯主との続柄
------	---------

相續人

名義の口座を
ご指定ください。

銀行名	銀行・信金・信組・農協		支店
フリガナ			
口座名義人			
口座番号	普通・当座		

※ゆうちょ銀行の場合は必ず振込専用の店名（数字3ケタ）・口座番号を記入してください。

この申請書・お手持ちの「国民健康保険高額療養費支給申請書（記入不要）」・相続人の本人確認書類のコピー（免許証や保険証など）を保険年金課にご提出ください。