

証番号		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
様				支給限度額	円	支給予定額	円	
年 月 日 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。						市記入欄		
住所						収納		
世帯主 氏名						有・無		
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 漁業	本店 支店 出張所	1 普通 2 当座 3 貯蓄 その他 ()	名義人 (世帯主)	(カナ)		
コード		コード			口座番号			

※太枠内をご記入下さい。

審査	係員	受付