

様式第3号（第4条関係）
（その1）一般用

高額療養費支給申請書

受	付	入	力

高岡市長あて 年 月 日
 高額療養費の支給を次のとおり申請します。 (年 月 診療分)

申請者 (世帯主)	住 所		氏 名
	高岡市		
被保険者証 記号番号		連絡先	TEL

① 療養者	氏 名		男・女	一般 退職	一般・退職（本・扶）
	個人番号			入 院 入院外	入 院 ・ 入 院 外
	生年月日	昭・平・令 年 月 日			
	療養期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日		医療機関に 支払った 保険内金額	
医療機関名			医療機関 所在地		

② 療養者	氏 名		男・女	一般 退職	一般・退職（本・扶）
	個人番号			入 院 入院外	入 院 ・ 入 院 外
	生年月日	昭・平・令 年 月 日			
	療養期間	自 平・令 年 月 日 至 平・令 年 月 日		医療機関に 支払った 保険内金額	
医療機関名			医療機関 所在地		

高額療養費は、下記の口座へ振り込んでください。

金融機関名	種類	口 座 番 号	口座名義(カタカナ)
銀行 本店 信金 支店 信組 出張所 農協 金庫	当座 普通		

金融機関コード

※口座名義人が申請者と異なる場合に、ご記入ください。

住所	氏名	申請者からみた続柄
----	----	-----------

第三者行為によるもの【 該当 ・ 非該当 】

支 給 決 定	70歳未満	課税	ア・イ・ウ・エ	1～3回目・多数回該当	決定額	円
		非課税	オ	1～3回目・多数回該当	決定額	円
	70歳以上	現Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅲ・一般・Ⅱ・Ⅰ	個人・世帯・世帯多数回	決定額	円	
	【本人確認】運転免許証 個人番号カード 不可 その他 ()					合計