

申請する番号に
○をつけてください

- 1 月上限
- 2 年間上限

高額医療費支給申請書

負担者番号	81136194	総合計額						
受給者番号		保険者番号						
フリガナ 受給者氏名	-----		保険者名称					
生年月日	年 月 日	健康保険記号番号						
医療機関名	(ほか 件)		被保険者または 世帯主の氏名					
支払方法	口座振込	種別	普通	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	支店	
口座番号			フリガナ	-----			口座名義人	
支給額決定通知書送付先								
対象児童の受給者番号	対象児童の氏名		今回の申請	申請月	入院・外来別			
			有・無	年 月分～ 年 月分	入院・外来			
			有・無	年 月分～ 年 月分	入院・外来			
			有・無	年 月分～ 年 月分	入院・外来			
			有・無	年 月分～ 年 月分	入院・外来			
			有・無	年 月分～ 年 月分	入院・外来			
			有・無	年 月分～ 年 月分	入院・外来			
上記のとおり、高額医療費を申請します。								
年 月 日				住 所				
				氏 名				
				電 話 番 号				
(宛先) 東京都板橋区長								