

被保険者記号・番号		白鷹—		診療年月	令和	年	月	多数該当月			
被保険者氏名	性別	生年月日	実日数	医療費	自己負担額	退職 入外	個人番号 第三者行為： 該当は「有」を記入				
医療機関名											
自己負担合計額		円	自己負担限度額		円	支給申請額				円	
他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるか否か											
白鷹町長様 上記のとおり支払いましたので、関係書類を添えて高額療養費の支給を申請及び請求します。 令和 年 月 日 丁 _____ 申請者(世帯主) 住所 山形県西置賜郡白鷹町大字 _____ (フリガナ) 氏名 _____ 電話 _____ 個人番号 _____											
振込先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所									
	口座種別	普通 ・ 当座									
	口座番号										
	口座名義人	(フリガナ) _____									
本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日 申請者(世帯主) 氏名 _____ (印) 代理人 住所 _____ 氏名 _____ (印) 電話 _____											

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。