

様式第6号

支給決定伺		受付年月日		決裁年月日		支給決定年月日		年月日													
年月分		町長		副町長		総務課長		課長		課長補佐		係長		係		処理		受付		資格確認	
支給金額		査定意見																			
円																					

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者記号番号	竹国	療養を受けた被保険者の氏名	年月日	世帯主との続柄
被保険者個人番号				
傷病名		発病・負傷年月日		年月日
療養又は手当てを受けた病院診療所その他のものの名称及び所在地	名称	所在地		
診療（施術）に従事した医師の氏名		当該療養を受けた期間	年月日	日間
診療（施術）に要した費用額	円	当該療養に要した一部負担金の額		円
備考	課税世帯	回		非課税世帯

上記のとおり（療養に要した費用に関する）別紙証拠書類を添えて申請します。

竹富町長殿

年月日

申請世帯主 住所

氏名

印

個人番号

電話

代理人 住所

氏名

印（主の関係）

個人番号

電話