

(様式第 47 号)

理事長	常務理事	事務長	担当者

## 国民健康保険高額療養費支給申請書

組合員の区分	第 種組合員	組合員との続柄	
被保険者 記号番号	— (枝番)	生年月日	
		個人番号	
医療を受けた 被保険者氏名		診療月分	令和 年 月分
診療実日数	日	医療機関に 支払った額	
所得区分		備 考	
療養を受けた 医療機関名称			
医療を受けた 医療機関住所			
上記のとおり申請します。			
令和 年 月 日			
組合員 住所 〒			
氏名 印			
組合員 個人番号 _____			
栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿			

※領収書の写しを添えてご提出ください