

(様式第 21 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請求書

¥ _____

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	—	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		請求額	
療養を受けた 医療機関名称			
医療を受けた 医療機関住所			
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 組合員 住所 〒 氏名 印 栃木県医師国民健康保険組合理事長 殿			
送 金 依 頼 書			
振込先を1か2どちらかお選びください			
1. 上記の額を、下記講座へ振り込まれたく依頼します。			
銀行 支店 (普通・当座) (口座番号)			
フリガナ (口座名義)			
2. 公的受取口座を利用します。			
※公的受取口座を利用する場合、マイナポータルでの事前登録が必要です。			
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			