

国民健康保険高額療養費支給申請書

(会津若松市 重度心身障がい者医療費・ひとり親家庭医療費 助成該当分)

年 月 診療分 入院・外来・薬剤・他

Application form grid with 13 main rows and 4 columns. Includes fields for insurance number, name, birth date, medical period, and payment details.

上記のとおり申請します。

なお、上記の者に係る高額療養費(会津若松市 重度心身障がい者医療費・ひとり親家庭医療費 助成該当分)の受領に関する権限を会津若松市長に委任します。

年 月 日 世帯主 住所

氏名 (印)

個人番号

電話番号

提出者 □世帯主の提出 (世帯主と異なる場合) 住所

氏名 (世帯主との関係)

電話番号

会津若松市長

太枠内は記入不要

Summary table with columns for high-cost categories (1-4), tax status, and payment amounts (A-E).