

高額療養費請求書

※決定額	円	教会名			
教職者氏名		世帯人数	名		
療養に要した費用	円	治療費支払年月	年 月		
内 訳	療養者氏名	続柄	生年月日	主な傷病名	療養費
(国の)高額療養費 制度支給額	円				
振込先金融機関	銀行名／ 銀行・その他 店名 本店・支店 口座種別 口座番号 口座名義人(カタカナ)				
上記のとおり請求します。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> 年 月 日 奉仕局長 殿 請求者 住所 氏名 ㊟ </div>					

(注)

- (1) ※印欄は記入しないでください。
- (2) 療養費の支払いを証する領収書や高額療養費制度支援額通知書等のコピーを添付してください。
- (3) 用紙の大きさはB5にしてください。