

高額療養費請求書

	※決定額	円	
教職者氏名		教会名	
療養者の氏名		生年月日	年 月 日
傷病名			
療養に要した費用	円		
高額療養費請求額	円		
振込先金融機関	銀行・郵便局名／ 支店番号 支店名 普通預金 口座番号 口座名義人		銀行・郵便局 支店
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>奉仕局長 殿</p> <p style="text-align: center;">請求者 住所</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">Ⓜ</p>			

- (注) (1) ※印欄は記入しないで下さい。
 (2) 療養費の支払いを証する領収書等を添付して下さい。
 (3) 用紙の大きさはB5にして下さい。