

様式第 2 号（第 6 条関係）

木曽岬町国民健康保険高額療養費支給申請手続簡素化解除申請書

申請者 (世帯主)	氏 名		被 保 険 者 記 号 番 号	
	住 所			
	電 話 番 号			

（宛先）木曽岬町長

木曽岬町国民健康保険高額療養費支給申請手続の簡素化に関する要綱第 6 条第 1 項の規定により、国民健康保険高額療養費支給申請手続の簡素化の解除を申請します。

年 月 日

申請者（世帯主） 氏名