

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月分)

被保険者番号		いいだ				
	診療を受けた被保険者の氏名 及び生年月日(世帯主との続柄)	資格 区分	診療を受けた医療機 関等の名称・所在地	診療を受 けた期間	傷病名(第三者行為有無)	
					窓口支払金額	備考
1					(有・無)	
	個人番号				円	
2					(有・無)	
	個人番号				円	
3					(有・無)	
	個人番号				円	
4					(有・無)	
	個人番号				円	
5					(有・無)	
	個人番号				円	
6					(有・無)	
	個人番号				円	

世帯自己負担 限度額区分		70歳以上自己負担 限度額区分		診療年月以前1年間 高額該当3ヶ月以上 の直近診療年月		診療分 診療分 診療分
-----------------	--	--------------------	--	-----------------------------------	--	-------------------

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

個人番号 _____

電話番号 () - _____

高額療養費支給申請額	円	特記事項
------------	---	------

公金受取口座への振込を希望します。 ※左記に✓を付けた場合、下記の振込先指定口座の確認は不要です。

金融機関	コード	金融機 関名称	コード	支店 名称																
口座種別			口座番号																	
口座名義人名 (カタカナ)																				

※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。

令和 年 月 日

本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。

世帯主 住所 _____ 氏名 _____ 印 _____

代理人 住所 _____ 氏名 _____

(世帯主との関係) (電話) / (受付者) (受付日) (支払確認) 1. 領収書 2. 電話