

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 | | | | | | | | | | |
|------------------|------------|------------|----------|----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 金融機 関名称 | | 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