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。世帯主　　 住　　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日氏　　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 |  | コード |  |
| 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 |