

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 6年10月分)

被保険者番号			いいだ 99-9999								
	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	飯田 花子		一般	飯田市立病院	入院 20日	(有・無)					
	個人番号	9876 5432 1098				57,600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		工	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	令和6年9診療分 令和6年8診療分 令和6年7診療分						
上記のとおり申請します。											
令和 6年12月 2日		世帯主	住所	飯田市大久保町2534番地							
			氏名	飯田 太郎							
			個人番号	1234 5678 9012							
			電話番号	(0265) 22 - 4511							
高額療養費支給申請額		13,200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	〇〇銀行			コード 支店 名称	△△支店					
口座種別				口座番号	1	2	3	4	5	6	7
口座名義人名 (カタカナ)	イ	イ	ダ	ハ	ナ	コ					
※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 6年12月 2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	飯田市大久保町2534番地		氏名	飯田 太郎					
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					