

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

飯田市長 様

年 月 日

申請者 住所 飯田市

(世帯主)

氏名

個人番号

電話

※世帯主以外の方が来庁された場合のみご記入ください。

代理人 (世帯主との関係: )

住所

氏名

被保険者証記号番号			
記号	いいだ	番号	—

診療月		
平成	年	月

診療を受けた被保険者の氏名	個人番号	医療機関	一部負担金	区分
				入院・外来 一般・退職
				入院・外来 一般・退職
				入院・外来 一般・退職
				入院・外来 一般・退職
				入院・外来 一般・退職
				入院・外来 一般・退職

一部負担金 合計	円
限度額	円
支給額	円

振込先 金融機関名	<input type="checkbox"/> 八十二銀行	<input type="checkbox"/> みなみ信州農協	本店 支店 支所 出張所
	<input type="checkbox"/> 飯田信用金庫	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行	
	<input type="checkbox"/> 長野銀行	<input type="checkbox"/>	
預金種別	普通・当座	口座番号	
フリガナ 名義人(世帯主)			
委任状 私は、上記口座名義人を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。 申請人 (住所) 〒 氏名			

事務 処理 欄	番号 確認	世帯 主	個人番号カード 通知カード 個人番号記載住民票 または記載事項証明	保有特定個人情報 住基検索	該 当 者	個人番号カード 通知カード 個人番号記載住民票 または記載事項証明	保有特定個人情報 住基検索	確 認 者	
	身元 確認		世帯主	一号書類(1点で可) 個かど 免許 旅券 住基加 在留 障帳 その他( )	二号書類(2点以上) 保険証 介護 高齢証 年金帳 納通 限度額 その他( )	(左記との組合せで可とする) 通帳 キャッシュカード 社員証 診察券 その他( )	本人申告 世帯主(別紙) 代理人(別紙)	支払 確認	領収書 電話 /
		代理人	一号書類(1点で可) 個かど 免許 旅券 住基加 在留 障帳 その他( )	二号書類(2点以上) 保険証 介護 高齢証 年金帳 納通 限度額 その他( )	(左記との組合せで可とする) 通帳 キャッシュカード 社員証 診察券 その他( )	代 理 権	法定代理人 〔 戸籍 住基 成年後見 〕 その他( ) 委任状 主の1・2号書類( )		

(注)申請の際は、領収書を提示してください。  
高額療養費の支給は、診療月の4ヶ月後ですが、審査等でそれ以降になることがあります。