

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 診療分

① 被保険者証の記号・番号及び被保険者等区分	1	1 一般 3 高齢一般 2 退職 4 高齢退職	2	1 一般 3 高齢一般 2 退職 4 高齢退職
② 療養を受けた被保険者の氏名、個人番号、生年月日、世帯主との続柄	昭・平 年 月 日 (続柄)		昭・平 年 月 日 (続柄)	
③ 傷 病 名				
④ 療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称及び所在地	名 称			
	所在地			
⑤ ④の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで	日間	年 月 日から 年 月 日まで	日間
⑥ ⑤の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円		円	
⑦ 他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられたか	制度名	制度名		
	費用徴収の有・無	費用徴収の有・無		
⑧ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合その直近の診療月	1	年 月 診療分	2	年 月 診療分
			3	年 月 診療分

上記のとおり、国民健康保険高額療養費の支給を申請します。

年 月 日

申請者 (世帯主) 住 所 _____
氏 名 _____ 印

安田町長 様 個人番号 _____

委任状

私は下記の者を代理人と定め、上記高額療養費の受領の権限を委任する。

申請者 (世帯主) 住 所 _____
氏 名 _____ 印

代理人 住 所 _____
氏 名 _____ 印

下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 替 依 頼 欄									
銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店・本所 支店・支所 出張所			種 目	口 座 番 号				
金融機関コード	店舗コード			1 普通預金 2 当座預金 3 その他					
フリガナ									
口座名義人									

※ 役 場 記入欄	審査後の費用額	1	円	2	円	
	審査後の個人負担額		円		円	
	高額療養費支給額の計算	個人負担 (世帯) 合計額	円	自己負担 (世帯) 限度額	円	支給決定額