

国民健康保険 高額療養費支給申請書

証番号・枝番		世帯主氏名		診察月	年 月	高齢課税区分	
						世帯課税区分	

国民健康保険で診療を受けた人				診療を受けた病院等			
1	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日 日間	支払金額
2	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日 日間	支払金額
3	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日 日間	支払金額
4	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日 日間	支払金額
5	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日 日間	支払金額
6	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日 日間	支払金額
7	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日 日間	支払金額

	支給予定額	円
上記の通り、国民健康保険高額療養費の給付を申請します。あわせて、三重県尾鷲市長が 高額療養費支給のため、私及び世帯員の課税状況について調査することに同意しま す。		
世帯主 住所 <u>三重県尾鷲市</u>		市記入欄
氏名 _____ 電話番号 _____		収納
個人番号 _____		有・無

支払方法	1. 窓口 2. 口座	
前回申請された口座		
上記口座から変更を希望される方は右にご記入ください。	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	本店 支店 出張所
	1 普通 2 当座 3 貯蓄 その他 ()	(カ) 名義人 口座番号

※受取人が世帯主と異なる場合、必ずご記入ください。

委任者 住所 _____

氏名 _____ 世帯主のとの関係 _____

平成 年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、高額療養費の受給に関する権限を委任します。

委任者 氏名 _____