

国民健康保険 高額療養費支給申請書

年 月 診療分

保険者	被保険者証番号	個人番号	世帯主
療養を受けた被保険者		保険種別 入外区分 委任	医療費 窓口徴収額 第三者行為の有無
医療機関	個人番号	傷病名、療養期間 ~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号	個人番号	~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号	個人番号	~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号	個人番号	~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号	個人番号	~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号	個人番号	~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
個人番号	個人番号	~ (日間)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

高 外 来 者	医療費	窓口徴収額	自己負担限度額	高額療養費
高 齢 者 世 帯				
世 帯				

高齢所得	世帯所得	多数該当	今回以前1年間に受けた高額療養費の診療月 年 月 年 月 年 月	支給決定額	支給済額	支給差額
------	------	------	-------------------------------------	-------	------	------

振 込 先	金融機関名	〇 〇 銀行 △ △ 支店	
	口座種別	普通	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
	名義人(カナ)	タカダ タロウ	
	名義人(漢字)	高 田 太 郎	

上記のとおり、医療機関等への支払が完了しましたので申請書
 大和高田市市長 堀内 大造 殿 月 日

世帯主のご住所・お名前・連絡先をご記入ください。

世帯主 住所 大和高田市大字大中100番地1
 氏名 高 田 太 郎
 連絡先 0745-22-1101

印 ご捺印をしてください。

上記申請により国民健康保険から給付を受ける金額の受領を 高 田 花 子 に委任します。

世帯主以外の口座にお振込みする場合は、こちらにご記入ください。

世帯主 氏名 高 田 太 郎 印

ご捺印をしてください。