

高額療養費支給申請書

証番号	診療月	令和	年	月	世帯課税区分	高齢課税区分
-----	-----	----	---	---	--------	--------

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	資格区分		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	資格区分		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	資格区分		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	資格区分		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	資格区分		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	資格区分		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	資格区分		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

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。	支払金額合計
-----------------------------	--------

令和 年 月 日

長崎県西海市長 殿

世帯主 住所

氏名 _____ 印 _____ 電話番号 _____

個人番号 _____

金融機関名 _____ 支店名 _____

口座名義人 _____ 口座番号 _____ 種別 _____

委任状

住 所 _____

氏 名 _____

金融機関名 _____ 支店名 _____

口座名義人 _____ 口座番号 _____ 種別 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

- ・国民健康保険高額療養費の受領に関する事

令和 年 月 日

世帯主 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____