

国民健康保険 高額療養費支給申請書

番号		世帯主氏名		その他・多数		ア・イ・ウ・エ・オ		
山1	1234567	下関 太郎		診療月	平成 31年 4月	区分	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・般・低Ⅱ・低Ⅰ	
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	下関 花子		入 外 歯 調	医療機関名	〇〇病院		
	生年月日	S・H・R 25年 1月 1日	一		診療期間	1-5 日	領収点数	12,345 点
	負担割合	2	個人番号		123456789012	診療日数	3 日	領収金額
2	氏名			入 外 歯 調	医療機関名			
	生年月日	S・H・R 年 月 日	一・退		診療期間	日	領収点数	点
	負担割合		個人番号			診療日数	日	領収金額
3	氏名			入 外 歯 調	医療機関名			
	生年月日	S・H・R 年 月 日	一・退		診療期間	日	領収点数	点
	負担割合		個人番号			診療日数	日	領収金額
4	氏名			入 外 歯 調	医療機関名			
	生年月日	S・H・R 年 月 日	一・退		診療期間	日	領収点数	点
	負担割合		個人番号			診療日数	日	領収金額
5	氏名			入 外 歯 調	医療機関名			
	生年月日	S・H・R 年 月 日	一・退		診療期間	日	領収点数	点
	負担割合		個人番号			診療日数	日	領収金額
あて先) 下関市長 令和 元 年 5 月 1 日 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、下関市長が 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 〒 750-8521 住所 下関市南部町1番1号 氏名 下関 太郎 個人番号 112233445566 電話番号								
支払方法	1. 窓口		2. 口座		3. 充当			
	〇〇	銀行 信金 農協 漁協	△△	本店 出張所 支店 代理店	1 普通 2 当座 3 貯蓄 4 その他()			
	コード		コード		名義人(カナ)	シモノセキ タロウ		
委任状	※受取人が世帯主と異なる場合、必ずご記入ください。							
	受任者 住所							
	氏名 世帯主との関係							
令和 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								
保険料	完滞, 新						受付者印	
	□ 全額充当 □ 一部充当 円						○	

※太線の枠内をご記入下さい