

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月診療分)

被保険者証記号番号		—	該当世帯区分	一般・退職者・混合
療養を受けた被保険者の氏名、生年月日、個人番号及び退職者等の区分	氏名			
	生年月日	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和	昭和 平成 年 月 日 令和
	個人番号			
	区分	一般・退職本人・被扶養	一般・退職本人・被扶養	一般・退職本人・被扶養
療養を受けた病院等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
傷病名				
第三者行為の有無		有 無	有 無	有 無
療養期間		令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日から	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日から	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日から
上記の期間に受けた療養に対し病院等へ支払った額又は費用徴収された額		円	円	円
他の制度による自己負担額相当額又はその一部の支給が受けられるかどうか等の状況		受けられる (制度名) (費用徴収-有(現物・償還)・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収-有(現物・償還)・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収-有(現物・償還)・無) 受けられない
算定区分		今回申請の高額療養費に係る療養があった月以前の1年間に受けた療養について高額療養費の支給を既に3回以上受けた場合にはその療養があった年月及び支給額		
課税 非課税	単独 世帯合算 多数該当 長期疾病	診療年月		支給額
		前回	年月	円
		前々回	年月	円
		前3回	年月	円
振込先	銀行 信用金庫 農協	支店	普通 番号 当座	口座名義人(フリガナ)
上記のとおり申請します。なお、同月、世帯内に地方単独事業により、一部負担金の一部又は全額を公費で現物給付されている者がおり、当該公費負担額のうち、世帯合算等により高額療養費に該当する部分がある場合には、その受領方を公費負担者へ委任します。				
令和 年 月 日				
住所 川北町字				
世帯主 氏名 印				
個人番号				
川北町長 前 哲雄 あて				

※振込先が世帯主名義でない場合は、裏面の委任状に記入・押印が必要です。

(裏面)

委任状

私は、 (続柄:)を代理人と定め、令和 年 月 日付けで
申請した川北町国民健康保険の高額療養費の受領に係る権限を委任します。

委任者(世帯主) 氏名 _____ 印