

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

令和 年 月 診療

保険者	被保険者証番号	個人番号	世帯主
250126 高島市			

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

高 外 来 者	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	支給決定額	支給済額	支給差額
			年 月 年 月 年 月			

振 込 先	金融機関名	銀行・信用金庫 本店・本所・( ) 支店・支所 農協・( ) 出張所				
	口座種別	普通・当座・( )	口座番号			
	名義人(カナ)					
	名義人(漢字)					

高島市長あて

上記のとおり申請します。また、後に一部負担金の減免・未払い等、交通事故等による損害賠償金の受領又は公費負担医療制度により一部負担金の負担状況が変動した場合は、保険者からの返還請求に応じることに同意します。併せて、該当医療機関等への一部負担金の支払い状況について、保険者が該当医療機関等へ照会することに同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者 (世帯主)

住所

氏名

電話

委任状 私は、 \_\_\_\_\_ を代理人とし、本請求による給付の受領に関する権限を委任します。  
年 月 日 申請者 \_\_\_\_\_