

国民健康保険高額療養費支給申請書（ 年 月診療分）

加 東 市 長 宛

当該申請にかかる診療について、患者負担金を全額支払済のため、下記のとおり申請します。

また、加東市が支給事務に必要な国民健康保険税に関する賦課徴収資料および医療費の調査を行うことに同意します。

年 月 日

世帯主(申請者)	住 所				
	個人番号 (マイナンバー)			被保険者番号	
	フリガナ			電話 () —	
	氏 名				
振込先口座	金融機関	☐ 銀 行 ☐ 信 用 金 庫 ☐ 信 用 組 合 ☐ 農業協同組合		☐ 本 店 ☐ 支 店 ☐ ()	種 別 普通・当座
	口座番号			フリガナ	
				口座名義人	

※医療機関での支払いが終わっていない場合は、申請できません。

支払いが終わってから申請してください。

※本人確認書類には、1点（公的機関発行の顔写真付身分証明書）、

または2点（公的機関発行の身分証明書1点と、氏名等がわかるもの1点）が必要です。

※世帯主以外の口座に振込を希望される場合、または別世帯の方が申請される場合は、
以下の委任欄を委任者（世帯主）が全てご記入・押印ください。

委 任 欄	委任者 (世帯主)	☐ 上記により支給される高額療養費の受領を次の者に委任します。 ☐ 高額療養費に係る申請を次の者に委任します。 氏 名 印	
	受任者	住所 氏 名 続柄 () 電話 () —	

以下は記入しないでください。

☐ 入院 ☐ 外来 ☐ 世帯合算	多数該当： 有 ・ 無	年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 年 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12			
70 未満：ア・イ・ウ・エ・オ 70 以上：現（Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ） — 低（Ⅰ・Ⅱ）		支給決定額			
届 出 者： ☐ 世帯主 ☐ 世帯員 () ☐ 代理人 () 本人確認： ☐ マイナンバーカード ☐ 運転免許証 ☐ その他 ()					
資 格	未 納	第三者行為	個人番号	受 付	受付者
／	有 ・ 無	有 ・ 無	☐ 番号確認 ☐ 本人確認	☐ 窓口 ☐ 郵便	

申請書内訳

1	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
				支払金額	円

2	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
				支払金額	円

3	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
				支払金額	円

4	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
				支払金額	円

5	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
				支払金額	円

6	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
				支払金額	円

7	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
				支払金額	円

8	療養を 受けた方		個人番号		
			生年月日		
	医療機関名		入院・外来	年 月 日～ 年 月 日 日間	
	一部負担金 (支払金額)	円	公費医療 負担額	適用医療名	
				支払金額	円