

国民健康保険高額療養費支給申請書（ ○ 年 ×× 月診療分）

記入例

加 東 市 長 宛

当該申請にかかる診療について

また、加東市が支給事務に必要な資料の提供を行うことに同意します。

太枠内のほか、申請日、
申請対象月を記入ください。

下記のとおり申請します。
必要資料および医療費の調査を

○ 年 ×× 月 △△ 日

世帯主(申請者)	住 所	加東市杜50番地			
	個人番号 (マイナンバー)	×××× ×××× ××××	被保険者番号	○○○○○○○○	
	フリガナ	カトウ テンノスケ		電話 (△△△△) △△ - △△△△	
	氏 名	加東 伝の助			
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	カトウ テンノスケ
				口座名義人	加東 伝の助

※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）
または2点（公的機関発行の身分証明書1点と、氏名等が

必要がありましたら、
委任欄も記入・押印ください。

※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
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