受　付

国民健康保険　高額療養費支給申請書

収受印

支払区分	既発生額	今回支給額

令和　　年　　月　　診療分
令和　　年　　月　　処　理

一般分支給額	退職分支給額

自己負担限度額		所得区分・課税状況	

＜世帯の受診内容＞　※申請には下記を記入するか領収書の写しを添付してください。

受診番号	受診者氏名（療養を受けた者）	生年月日			給付種別		診療機関名		加害者等
		性別	給付割合	入院外来	日数	保険医療費	計算対象額	一部負担金	
									有
									無
									有
									無
									有
									無
									有
									無
									有
									無
									有
									無

三重県三重郡菰野町長あて
上記のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

世帯主	被保険者記号・番号			病院への医療の支払い（○つけてください）
	住　所			支　払　済
	フリガナ		電　話	
	氏　名			未　払　い

振込先	金融機関名	店　番	支　店　名	口　座　番　号	
				普　・　当	
	口座名義人（カタカナで記入しください）				

委　任　状

国民健康保険高額療養費の受領を委任します。　　令和　　年　　月　　日

委任者
（世帯主）　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

受任者
（口座名義人）　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　（続柄）＿＿＿