

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	
領収書の写しを添付した場合は記入不要です									有
									無
									有
									無
									有
									無
									有
									無
									有
									無

三重県三重郡菟野町長あて
上記のとおり申請します。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

世帯主	被保険者記号・番号	123456			病院への医療の支払い(○をつけてください)
	住所	菟野町大字潤田1250番地			支払済
	フリガナ	コモ/ タロウ		電話	
	氏名	菟野 太郎		059-000-XXXX	未払い
振込先	金融機関名	店番	支店名	口座番号	
	〇〇銀行	123	××支店	普・当 1 2 3 4 5 6 7	
	口座名義人(カタカナで記入してください)				
	コモ / タロウ				

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) _____