

国民健康保険 高額療養費支給申請書

整理番号		高齢限度額	
証番号	世帯主氏名	診療月	世帯限度額

国民健康保険で診療を受けた人			診療を受けた病院等				
1	氏名		病院名		入院 外来 調剤	支払金額	円
	生年月日						
	個人番号		日数	日			
2	氏名		病院名		入院 外来 調剤	支払金額	円
	生年月日						
	個人番号		日数	日			
3	氏名		病院名		入院 外来 調剤	支払金額	円
	生年月日						
	個人番号		日数	日			

鹿児島市長 殿
 年 月 日
 上記のとおり、国民健康保険高額療養費の給付を申請します。

世帯主	住所							
	氏名				電話番号			
	個人番号							

振込口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します (マイナポータル等から登録した口座を利用される方) <small>※公金受取口座への振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。</small>						
	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所		普通	名義人	(カナ)
	コード		コード			口座番号	

※受取人が世帯主と異なる場合(代理人の公金受取口座又は世帯主名義以外の口座に振込を希望する場合は、必ずご記入ください。)

委任状

受任者 住所 _____

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日

個人番号 _____ 世帯主との関係 _____

年 月 日

私は、上記の者を代理人と定め、高額療養費の受給に関する権限を委任します。

世帯主 氏名 _____ 印

※該当の際は□にチェックをしてください→ 第三者行為(交通事故や傷害、犬咬み等)が原因の傷病による診療がある

決定年月日	区分	ア・イ・ウ・エ・オ 低Ⅰ・低Ⅱ・一般 現Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅲ	多数回	(該当) (非該当)	受付	入力
				備考		