

	課長	審議員 課長補佐	係長	係	受	令和	年	月	日
専決					付	第	号	受付者	

## 国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

被保険者証番号		世帯主の氏名 (個人番号)	( )	課非区分
療養を受けた者	氏名			
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	個人番号			
	摘要	(一般・退本・退扶・前高・就学前)	(一般・退本・退扶・前高・就学前)	(一般・退本・退扶・前高・就学前)
療養を受けた 病院・診療所・ 薬局等	名称			
	所在地			
区分	入院・外来・調剤・歯科	入院・外来・調剤・歯科	入院・外来・調剤・歯科	入院・外来・調剤・歯科
療養を受けた期間	令和 年 月 日から 同月 日まで 日間	令和 年 月 日から 同月 日まで 日間	令和 年 月 日から 同月 日まで 日間	
上記療養に対し支払った 金額	円	円	円	
振込み希望 金融機関名	銀行 支店	・普通	口座 番号	口座 名義 カナ
	農協 支所	・当座		
郵便局	記号・番号	—		
上記のとおり申請します。				
令和 年 月 日				
世帯主の住所 山都町				
氏名				
熊本県上益城郡山都町長 様 個人番号				

※ 世帯主以外の口座へ振込みを希望される方は下の委任状をご記入ください。

委 任 状	代理人 住所	
	氏名	
	私は、上記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。	
	令和 年 月 日支給申請した高額療養費の受領に関すること。	
	世帯主の住所	山都町 番地
	氏名	Ⓜ

高額療養費 算定基礎	療養に要した費用額の 合計	一部負担金の 合計 B
	円	円

支給決定額 (B－負担限度額)	円
	円

(口座・窓口・医療機関委任払)