

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

萩市長 宛

※申請者(世帯主)

住所

氏名

印

年 月 診療分を、下記のとおり申請します。 連絡先TEL

|   |                           |                           |                           |                           |         |
|---|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------|
| ① 被保険者証の<br>記号・番号   | 山60                       |                           |                           | ② 世帯主の氏名                  |         |
|   |                           |                           |                           | ③ 世帯主の個人番号                |         |
| ④ 療養を受けた者の<br>氏名  |                           |                           |                           |                           |         |
| ⑤ 療養を受けた者の<br>個人番号  |                           |                           |                           |                           |         |
| ⑥ 退職被保険者等<br>該当・非該当の別                                       | 一般・退職(本人・扶養)              | 一般・退職(本人・扶養)              | 一般・退職(本人・扶養)              | 一般・退職(本人・扶養)              |         |
| ⑦ 療養を受けた者の<br>生年月日  | 年 月 日                     | 年 月 日                     | 年 月 日                     | 年 月 日                     |         |
| ⑧ 世帯主との続柄   |                           |                           |                           |                           |         |
| ⑨ 傷病名   |                           |                           |                           |                           |         |
| ⑩ 療養を受けた病院・<br>診療所等の名称及<br>び所在地                             | 名称                        |                           |                           |                           |         |
|   | 所在地                       |                           |                           |                           |         |
| ⑪ 診療科目・<br>入院・外来の別  |                           |                           |                           |                           |         |
| ⑫ ⑩の病院で療養<br>を受けた期間   | 年 月 日から<br>同年 月 日まで<br>日間 | 年 月 日から<br>同年 月 日まで<br>日間 | 年 月 日から<br>同年 月 日まで<br>日間 | 年 月 日から<br>同年 月 日まで<br>日間 |         |
| ⑬ ⑫の期間に受けた<br>療養に対し病院等<br>で支払った額                            | 円                         | 円                         | 円                         | 円                         |         |
| ⑭ 今回申請の診療月以<br>前1年間に高額療養<br>費の支給を3回以上<br>受けた場合、その直<br>近の診療月 |                           |                           | ⑮ 課税区分                    | (世帯全体)                    | (70歳以上) |

《保険者計算欄》

| 70歳以上高額療養費 |   | 特例該当( )    |   | 国保世帯全体        |   |
|------------|---|------------|---|---------------|---|
| 高齢者外来      |   | 高齢者世帯合算    |   | 70歳未満一部負担金相当額 | 円 |
| 一部負担金      | 円 | 高齢者世帯一部負担金 | 円 | 高齢者世帯計算後負担額   | 円 |
| 外来自己負担限度額  | 円 | 高齢者自己負担限度額 | 円 | 世帯自己負担限度額     | 円 |
| 高齢者外来支給額   | 円 | 高齢者世帯支給額   | 円 | 世帯支給額         | 円 |
| 支給額計       |   |            |   | 今回支給額         | 円 |
| 既支給決定額     |   |            |   |               |   |
| 差引支給額      |   |            |   |               |   |

《マイナンバー用》

私は、 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、次の権限を委任する。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月診療分 高額療養費の届出に関すること。

世帯主の住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人の住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

《確認欄》

届出人：世帯主・代理人(続柄) \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ )  
 委任書類：保険証・通知カード・その他・無  
 身元確認

※世帯主の振込希望金融機関

|       |          |      |
|-------|----------|------|
| 銀行・金庫 |          |      |
| 農協・漁協 |          |      |
| 支店・支所 |          |      |
| 預金種別  | 普通<br>当座 | 口座番号 |
| フリガナ  | 口座名義     |      |

※ゆうちょ銀行の場合は、記号一番号をご記入ください。