様式４

国民健康保険　高額療養費支給申請書

						高齢課税区分	
番号		世帯主氏名		診療月		世帯課税区分	

	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				外来	通院日数	日	支払金額	円
	生年月日		資格区分		入院	病院名			
	負担割合		個人番号			入院日数	日間	支払金額	円
2	氏名				外来	通院日数	日	支払金額	円
	生年月日		資格区分		入院	病院名			
	負担割合		個人番号			入院日数	日間	支払金額	円
3	氏名				外来	通院日数	日	支払金額	円
	生年月日		資格区分		入院	病院名			
	負担割合		個人番号			入院日数	日間	支払金額	円
4	氏名				外来	通院日数	日	支払金額	円
	生年月日		資格区分		入院	病院名			
	負担割合		個人番号			入院日数	日間	支払金額	円
5	氏名				外来	通院日数	日	支払金額	円
	生年月日		資格区分		入院	病院名			
	負担割合		個人番号			入院日数	日間	支払金額	円
6	氏名				外来	通院日数	日	支払金額	円
	生年月日		資格区分		入院	病院名			
	負担割合		個人番号			入院日数	日間	支払金額	円
7	氏名				外来	通院日数	日	支払金額	円
	生年月日		資格区分		入院	病院名			
	負担割合		個人番号			入院日数	日間	支払金額	円

支給予定額		円

佐世保市長　様

年　　月　　日

上記の通り、国民健康保険高額療養費の給付を申請します。あわせて、佐世保市長が高額療養費支給のため、私及び世帯員の課税状況について調査することに同意します。

世帯主

住所

氏名　　電話番号

個人番号

市記入欄
収納
有・無

※太枠内をご記入下さい

受取方法	１．口座　　２．窓口					
前回申請された口座	名義人					
新たに申請される方、又は上記口座から変更を希望される方は、右にご記入ください。	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	本店 支店 出張所	１普通 ２当座 ３貯蓄 その他 （　　）	名義人	（フリガナ）	
	コード	コード		口座番号		

委任状

受任者

※受取人が世帯主と異なる場合、必ずご記入ください。

住所

氏名　　世帯主との関係

年　　月　　日

私は、上記の者を代理人と定め、高額医療費の受給に関する権限を委任します。

委任者　氏名