

国民健康保険 高額療養費支給申請書

番号	世帯主氏名	診療月	高齢課税区分	
			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

佐世保市長 様	支給予定額	円
年 月 日	市記入欄	
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。	収納	
	有・無	
住所		
世帯主		
氏名	印	電話番号
個人番号		

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	本店	1 普通
	信用金庫	支店	2 当座
	信用組合	出張所	3 貯蓄
	農協		その他
	漁協		()
コード	コード	名義人	(フリガナ)
		口座番号	

委任状	※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 印

※太枠内をご記入下さい