

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

| 療養者氏名 | 個人番号 | 生年月日 | 医療機関 | 医療機関等で支払った額 | 入院外来 | 保険区分/所得区分 |
|-------|------|------|------|-------------|------|-----------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 被保険者記号番号 | 西国保 |
| 上記のとおり申請します。 また、申請内容に訂正を要する際は、 その代理権を西之表市長に譲渡します。 | 世帯主 住所 氏名 個人番号 電話 署名 |
| (委任状) 私は、 請求した高額療養費の受領に関する権限を委任する。 | |
| 申請者 | 住所 氏名 印 |
| 代理人 | 住所 氏名 印 |

国民健康保険高額療養費を下記の口座に振り込んで下さい。

| 口座振替 依頼書 | 金融機関名 | | 口座番号 | | | |
|-------------|--------|------|-------|--|--|--|
| | | | | | | |
| | 支店・支所名 | 口座種別 | フリガナ | | | |
| | | | 口座名義人 | | | |

| 支給決定伺い | | | | | |
|--------|--------|-------|-------|-------|-------|
| 課税区分 | 多数該当 | 回目 | 世帯合算 | | |
| 費用合計額 | 保険者負担額 | 一部負担額 | 窓口徴収額 | 負担限度額 | 支給決定額 |
| | | | | | |

上記のとおり決定してよろしいか、お伺いします。

決定年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | |
|--|----|------|----|---|-------|-------|
| | 課長 | 課長補佐 | 係長 | 係 | 受付年月日 | 支払年月日 |
| | | | | | | |
| | | | | | | 消込年月日 |