

【表】

国民健康保険高額療養費支給申請書( 年 月診療分)

被保険者番号	12345678		第三者行為によるものか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
療養を受けた方の氏名	能代太郎			
生年月日	昭和30年5月1日			
個人番号	3210 - 5678 - 8900			
療養を受けた方の種別・区分	一般・退職の種別	一般 退職本人 退職扶養	一般 退職本人 退職扶養	
	年齢区分	未就学 6~69歳 70歳以上	未就学 6~69歳 70歳以上	
	負担区分	70歳未満 70歳以上	ア・イ・ウ・エ・オ 一般・現役並・現Ⅰ・現Ⅱ・低Ⅰ・低Ⅱ	
傷病名	〇〇病			
療養を受けた病院等の名称及び所在地	名称	□□病院		
	所在地	能代市△△		
病院等で療養を受けた期間	令和〇年〇月1日から	年 月 日から		
	令和〇年〇月30日まで(30日間)	年 月 日まで( 日間)		
療養に対し病院等で支払った一部負担金の額	外来	円	外来	円
	入院	203,880円	入院	円
傷病名				
療養を受けた病院等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
病院等で療養を受けた期間	年 月 日から	年 月 日から		
	年 月 日まで( 日間)	年 月 日まで( 日間)		
療養に対し病院等で支払った一部負担金の額	外来	円	外来	円
	入院	円	入院	円
振込先の指定	金融機関名	〇〇 銀行・金庫 農協・信組 のしろ	支店・本店 出張所	変更なし <input type="checkbox"/>
	預金種別	普通 当座 口座名義	口座番号	ノシロ ジロウ 1 2 3 4 5 6
上記のとおり申請します。	世帯主 住所 能代市△△町1番3号			
〇年 〇月 〇日	氏名 能代太郎 (署名又は記名押印)			
能代市長 様	個人番号 3210-5678-8900			
	電話番号 52-△△△△			

◆療養を受けた月を記入してください。 ※申請はひと月単位です。

◆保険証の番号を記入してください。

◆療養を受けた方の氏名と生年月日を記入してください。

◆個人番号(マイナンバー)を記入してください。

◆療養を受けた内容を記入してください。

◆支払った額のうち医療費分のみ記入してください。

※領収書のコピーで確認できる場合は記入は不要です。

◆振り込みを希望する口座を記入してください。

◆ゆうちょ銀行を希望する場合は通帳の見開き1ページ目のコピーを添付してください。

◆申請者と異なる名義の口座に振り込む場合は、裏面の「受取代理人の欄」を記入してください。

◆申請者は世帯主となります。

【裏】

◆裏面は申請者と異なる名義の口座に振り込む場合に記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 世帯主 (請求者) 氏名 能代太郎 (署名又は記名押印)		〇年 〇月 〇日 令和 年 月 日提出
	代理人の氏名	(フリガナ) ノシロ ジロウ 能代 次郎	受付日付印
	代理人の住所	請求者と同じ 能代市▲▲町1番4号	

◆表面の申請者の名前を記入してください。

◆受取代理人の氏名と住所を記入してください。申請者と住所が同じ場合は口にしるしてください