## 国民健康保険高額療養費支給申請書

受付印欄

(宛先) 長野市長

9/4/	<b>以</b> 为 中	
	高額療養費について次のとおり申請します。	
- 枕内な	ご記入ください。申請は診療月ごとに必要です /保険者名:長野市(200014)	

被保険者記号番号			記号	長	番号							枝番不要
※ 世帯主が国	※ 世帯主が国民健康保険以外に加入している場合は、世帯員の被保険者番号を記入して下さい。											
年 月 診療分			申請	青年月	月日		年		月		日	
(請求者・委任者		長野	市									
<u>世帯主</u> の 住所・氏名等	氏名				自署の場合は 押印不要							
	個人番号 (マイナンバー)				電話	(		)		_	_	
第三者による交	第三者による交通事故等の医療費を含む場合は、右の欄に○をしてください。											
□ 世帯主の公金受取口座を利用する(既に登録済みの方のみ可) □ その他振込先口座を指定する												
銀行・農協・信用金庫・信用組合 支店・支						店・支所						
振 込 先 金融機関	口座	番号		ガナ								

↓ 世帯主名義以外の口座に振込希望の場合は下欄にも記入・押印してください。

	私(世帯主)は、申請により支給される高額療養費の受領を次の者に委任します。					
委	受任者(口座名義人)住所 世帯主と同じ □	(世帯主の 認印)				
任						
状						
	受任者(口座名義人)氏名 電話( ) -					

名義人

	療養を受けた被保険者の氏名 生 年 月 日 個人番号 (マイナンバー)	保険医療機関所在地 保険医療機関名	療 養 期 間 日数/入院・外来	病院等に支払った 保険内金額	受付者
1	昭・平・令 年 月 日生		<b>日∼</b> 日	円	
			日間/入院・外来		
2	昭・平・令 年 月 日生		目~ 目	円	
			日間/入院・外来		
3	昭・平・令 年 月 日生		日~ 日	円	
			日間/入院・外来		

- ※ 診療月の翌月1日から2年以内に申請してください。
- ※ 修正・訂正がある場合は二重線を引いてください (押印不要・修正液等不可)。

↓長野市国保処理欄につき記入不要

多数回該当	自己負担限度額	支 給 決 定 額
有 · 無		