

# 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  
高額療養費について次のとおり申請します。

太枠内をご記入ください。申請は診療月ごとに必要です / 保険者名：長野市（200014）

国民健康保険被保険者証 記号・番号		記号 長 番号						枝番不要	
※ 世帯主が国民健康保険以外に加入している場合は、世帯員の国民健康被保険証の「番号」を記入して下さい。									
年 月 診療分				申請年月日		年 月 日			
(請求者・委任者) <b>世帯主の 住所・氏名等</b>	〒□□□□□□□□ 長野市								
	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

振込先 金融機関	銀行・農協・信用金庫・信用組合			支店・支所	
	口座番号		フリガナ		
			口座 名義人		

↓ 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。

委 任 状	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。				委任者印 (世帯主の 認印)	
	受任者（口座名義人）住所 世帯主と同じ <input type="checkbox"/>					
	〒 □□□□□□□□					
	受任者（口座名義人）氏名				電話 ( )	-

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

