

記入例

# 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。				
〇〇年	〇〇月	診療分	申請年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
(請求者・委任者) <b>世帯主の</b> 住所・氏名等	〒	3808512 長野市大字鶴賀緑町1613番地		
	氏名	長野 太郎		自署の場合は 押印不要
	個人番号 (マイナンバー)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	電話 ( )	〇〇〇-〇〇〇〇
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	〇〇〇〇 銀行 農協・信用金庫・信用組合	〇〇〇 支店・支所	
	口座番号	フリガナ	シナノ ハナコ
	〇〇〇〇〇〇〇〇	口座 名義人	信濃 花子

↓ 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 checked="" type="checkbox"/>		長野
	〒	□□□□□□□□		
受任者 (口座名義人) 氏名	信濃 花子	電話 (〇〇〇) 〇〇〇-〇〇〇〇		

診療月	療養を受けた被保険者の氏名		保険医療機関所在地	保険医療機関名	日	円	受付者
	生年月日						
	個人番号 (マイナンバー)						
1	長野 太郎	昭和25年4月2日	〇〇〇〇〇〇	長野〇〇病院	1日~ 20日	〇〇〇〇	
	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				日間/入院/外来		
2	長野 太郎	昭和25年4月2日	〇〇〇〇〇〇	長野〇〇病院	日~ 日	〇〇〇〇	
	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇				日間/入院/外来		
3		昭・平・令 年 月 日生			日~ 日		

振込先が世帯主名義であれば委任状欄は不要です。

※ 診療月の翌月1日から2年以内  
 ※ 修正・訂正がある場合は二重線を引く  
 ↓長野市国保処理欄につき記入不要

・ 別紙の明細書がある場合は記入不要。  
 「別紙明細書のとおり」のスタンプがあれば押す。  
 ・ 明細書が出ない時期(診療月から3カ月以内)は  
 領収書を全て添付+記載が必要

多数回該当	自己負担
有 ・ 無	

