

# 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				
※ 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		
(申請者・委任者) <b>世帯主の</b> 住所・氏名等	〒□□□□□□□□ 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。								

ゆうちょ銀行の場合は店番を記入して下さい(例:一一八など)。

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	

↓ 世帯主名義の口座以外に振込を希望する場合は記入して下さい(押印が必要です)。

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	市職員 確認印
	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)。

高額区分	保険区分	自己負担限度額	支給決定額	未納
1～3回・多数該当	一般・退職			有・無