

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						
※ 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				
(者・委任者) 世帯主の 住所・氏名等	〒 380-8512 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)			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。									

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	〇〇〇〇 銀行・農協・信用金庫・信用組合		〇〇〇〇 支店・支所	
	口座番号		フリガナ	
	〇〇〇〇〇〇〇〇〇		ナガノ タロウ	
	口座 名義人		長野 太郎	

↓ 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(世帯主の認印が必要です)。

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"/>		
	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	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