

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) 世帯主の 住所・氏名等	〒□□□□-□□□□□□ 長野市									
	氏名									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。

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) 自署の場合 は押印不要
	委任者(世帯主)氏名 (自署の場合は押印不要)								
	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)。

多数回該当	自己負担限度額	支給決定額
有・無		