

国民健康保険 高額療養費 支給申請書					枚中	枚目
保険証番号	申請者 (世帯主) 氏名	診療年月	課税区分	所得区分		
— —		令和				
交通事故等の第三者行為		有 ・ 無	多数 該当	月	月	月
請求年月	療養を受けた 被保険者氏名	生年月日	医療機関等名	入外	日数	総点数
		個人番号	医療機関所在地			被保険者 負担額
傷病名						
		S・H・R 年 月 日				
		S・H・R 年 月 日				
		S・H・R 年 月 日				
受領委任額	支給済額	被保険者負担額	限度額	支給額		
円	円	円	円	円		
高知市長 様						
令和 年 月 日						
当月の高額療養費該当診療分の一部負担金について、支払を完了していますので申請します。						
住所 _____						
申請者(世帯主) _____ 個人番号 _____						
記入者 _____ 電話番号 _____						
受取 口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。					
金融機関 コード		支店 コード		種目	口座名義人	
				1. 普通 2. 当座	フリガナ	
金融機関名	銀行 信用金庫 農協	支店名	本店 支店 出張所 支所	口座番号	氏名	

※支給は申請の2か月から3か月後の予定です。医療機関からのレセプト(診療報酬明細書)の受取時期によっては支給が遅れる場合があります。

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

年 月 日

国民健康保険給付費に関する受領を下記の代理人に委任します。

申請者名 _____
 (世帯主)
 代理人住所 _____

 代理人氏名 _____ 個人番号 _____