

決 裁	課 長	班 長	担 当	自己負担限度額	支 給 決 定 金 額
					円

国民健康保険高額療養費支給申請書（ 年 月診療分）

被保険者番号	個 人 番 号	療養を受けた方の氏名	生年月日	続柄
			昭・平・令 年 月 日	
発病又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等) 2: その他(自損事故・疾病等)			
支給要件	個人単位 世帯単位 多 数			
負担区分(70才未満)	ア イ ウ エ 才			
負担区分(70才以上)	現役並所得者 一般 低Ⅱ 低Ⅰ			
負担割合(70才以上)	3割 2割 1割			
ア. 病院等で療養を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日まで 日間			
イ. アの期間に受けた療養に対し病院等に支払った一部負担金の額	入院 円	外来 円	調剤 円	
算定基礎				食事代 差額支給 有 無
			福祉医療	

上記の通り申請します。

年 月 日 世帯主(届出人)

個人番号

住 所 渦上市

氏 名

電 話 -

渦 上 市 長 様

申請委任欄	本申請を届出人に委任します。 世帯主 個人番号 住所 氏名
-------	--

振込先	支払金融機関名	支 店 名	口 座 番 号	口 座 名 義 人
		支店		(カカナ)
☐ 公金受取口座を利用します。(マイナポータル等から登録した口座を利用される方)				

受取代理人	本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 年 月 日	
	世帯主氏名	
	代理人の氏名	代理人の住所

受付者		届出人 確認欄	
-----	--	------------	--