

決裁	課長	班長	担	限度額	支給決定金額
					円

記入例

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
12345678	1234 - 5678 - 9012	潟上太郎	昭・平・令 60年1月00日	本人
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)			
保険証区分	一般	退職		
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
負担区分(70才以上)	現役並所得者	太枠の中をご記入ください。		
負担割合(70才以上)	3割	世帯主(届出人)と振込先口座が異なる場合は、一番下の受取代理人の欄の記載も必要になります。		
ア. 病院等で療養を受けた期間	年	月		
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			
算定基礎			食事代 差額支給	有 無
			福祉医療	有 無

上記の通り申請します。

令和5年1月00日 世帯主(届出人)

個人番号 1234 - 5678 - 9012

住 所 潟上市天王字棒沼台226-1

氏 名 潟上太郎

電 話 018-878-0000

潟 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
	●●銀行	天王支店	1234567	(カタガミ) カタガミ タロウ
☐ 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	
-----	--	------------	--