

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月診療分)

令和 年 月 日

多可町長 様

世帯主 (申請者)	住 所	多可郡多可町 区		
	氏 名		被保険者 証の番号	
	電話番号		個人番号	

国民健康保険法施行規則第27条の17の規定により、次のとおり高額療養費の支給を申請します。なお、支給される高額療養費は、下記の口座に振り込んでください。

支払合計金額	円	町 県 民 税 の 課 税 状 況	上位・一般・非課税・不明
多数該当の 状況	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12		
負担額自己	円	傷病原因	事故(第3者)・病気

口座振込先		(金融機関名)	(支店名)
預金 種別	普通・当座	口 座 番 号	
	その他 ()	フリガナ	
		口座名義人	

〔世帯主以外の口座に振込を希望される場合に記入してください。〕

(受任者)	住所：	本申請に基づく保険給付費の受領に関する 一切の権限を左記の者に委任します。
	氏名：	
	世帯主名 (委任者) _____	

下記のとおり決定します。

令和 年 月 日

決 裁	区 分	年齢区分	未就学児・一般・70歳以上（一般・現役並み）・前期高齢者		
		負担区分	70歳以上（入院・多数・その他）	支 給 決 定 額	円
			世帯合算（多数・その他） 多数・長期・入院・その他		
	課 長	副課長	課長補佐	担当者	事 実 確 認
					<input type="checkbox"/> 領収書（ ） <input type="checkbox"/> 公簿等の確認 <input type="checkbox"/> その他（ ）