

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												フリガナ					
	その他()																		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 額 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()										