

# ～ 記 入 例 ～

## 国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和〇〇年〇〇月診療分)

年 月 日

多可町長 様

世帯主 (申請者)	住 所	多可町〇〇区△△ □番地		
	氏 名	多可 太郎	印	被保険者 証の番号
	電話番号	0795-32-238		

押印をお願いします。

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

支払合計金額	円	町 県	課 税
多数負担	過去に申請されたことがあり、口座振込先がすでに印字されている場合は記入不要です。ただし、口座振込先を変更したい場合は二重線で消し、空いたスペースに記入をお願いします。	7	8 9 11 12
負担		傷病原因	事故(第3者)・病気

病院にかかった原因が第三者（加害者あり）との事故によるものならば、【事故(第3者)】に○を、あるいは病気によるものならば【病気】に○をつけてください。

第三者（加害者あり）による事故であれば、「傷病発生原因についての報告書」の提出が必要になります。

普通か当座か○で囲んでください。

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：	多可町〇〇区△△ □番地	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：	多可 多可子	

下記のとおり決定します。

決 裁	区 分	年齢区分	過去に申請されたことが有り、口座振込先が印字されている場合も、このたび新しく記入された場合も、 <u>口座名義人が世帯主でない際には、受任者、委任者の記入、押印をお願いします。</u>	年 月 日		
		負担区分		役並み)・前期高齢者		
	課 長	副課長	課長補佐	担当者	事 実 確 認	
					□領収書 ( ) □公簿等の確認 □その他 ( )	