

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

( 令和 年 月診療分 )

被保険者記号・番号 16・			
税	<input type="checkbox"/> 滞納無 <input type="checkbox"/> 滞納有 ( )	支払	<input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> 充当 ( 全額・一部 / 円 )
		簡素化	<input type="checkbox"/> 対象 <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 案内漏れ <input type="checkbox"/> 対象外

太枠部分についてご記入ください。

氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
		個人番号		
		性別	男・女	

<input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65～69歳 <input type="checkbox"/> 70歳以上	区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> 現役Ⅲ <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ	負担割合		円
---	----	--	--	---	------	--	---

氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
		個人番号		
		性別	男・女	

<input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65～69歳 <input type="checkbox"/> 70歳以上	区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> 現役Ⅲ <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ	負担割合		円
---	----	--	--	---	------	--	---

氏名	フリガナ	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	
		個人番号		
		性別	男・女	

<input type="checkbox"/> 65歳未満 <input type="checkbox"/> 65～69歳 <input type="checkbox"/> 70歳以上	区分	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> オ <input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> 現役Ⅲ <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ	負担割合		円
---	----	--	--	---	------	--	---

今回申請の診療月以前一年間の高額療養費支給申請状況 (多数該当判定) (前期高齢者における世帯合算及び国保世帯全体における世帯合算が対象)	年	月	診療分
	年	月	診療分
	年	月	診療分

領収書が不足・紛失している場合においては、一部負担金を全額支払い済みであり、別紙患者負担額と支払額に概ね相違ありません。支払額について疑義がある場合は、中間市が医療費等について医療機関等に照会することについて同意します。

上記のとおり申請します。

今回の傷病について、第三者行為に該当する場合はチェックしてください。□第三者行為に該当 (※傷病届の提出が必要です。)

中 間 市 長 様 年 月 日

世帯主 (住所 中間市)

氏 名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

届出人 □同 上

住所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 【世帯主との続柄: \_\_\_\_\_】

電話番号 \_\_\_\_\_

公金受取口座を利用する (利用する場合は振込先の記入不要)

振込先	金融機関名	支店名	前回の高額療養費振込口座に振込希望の場合は チェックしてください (口座記入不要) → <input type="checkbox"/>		
	西日本シティ銀行	中間支店			
	福岡銀行	中間市役所出張所	普通	フリガナ	
	福岡ひびき信用金庫	折尾支店 黒崎支店	当座		
ゆうちょ銀行 遠賀信用金庫	七四八	貯蓄	名義		
その他金融機関	その他				
( )	( 支店)				
銀行コード	支店コード				

申請者が別世帯の人の場合、および、振込先が世帯主名義以外の場合は下記の委任欄もご記入ください。

委任欄	私（委任者）は、国民健康保険高額療養費（医療費）支給にかかる以下の部分（チェックを付したものを）を下記の者（受任者）に委任します。		
	<input type="checkbox"/> 高額療養費の支給申請		
	<input type="checkbox"/> 高額療養費の受領		
	年	月	日
			中間市
	委任者 (世帯主)	住所	
		氏名	_____
		住所	
	受任者	住所	
		氏名	_____

Tel                    —                    —