



国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者 記号・番号	始国 .	診療月	年 月	資格区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 退職
療養者氏名					
個人番号					
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
医療 機関等	名称				
	所在地				
診療日	日 ~ 日	日 ~ 日	日 ~ 日		
傷病名					
入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来	
本人負担額	円	円	円	円	

上記について、高額療養費の支給申請をします。

交通事故等の第三者行為 有 無

受領について、
 振込 (下記口座) を依頼します。
 窓口払い

電話番号 () -

年 月 日

住 所 _____

申請人 (世帯主) 氏 名 _____ ㊟

個人番号 _____

始良市長 殿

振込先口座					
金融機関	<input type="checkbox"/> 鹿児島銀行	<input type="checkbox"/> 鹿児島信用金庫	支店 支所等		<input type="checkbox"/> 支店
	<input type="checkbox"/> 南日本銀行	<input type="checkbox"/> 鹿児島興業信用組合			<input type="checkbox"/> 支所
	<input type="checkbox"/> あいら農業協同組合	<input type="checkbox"/> 鹿児島相互信用金庫			<input type="checkbox"/> 出張所
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行	<input type="checkbox"/> ()			
預金種目	普通・貯蓄	フリガナ			
口座番号	預金名義人				

*申請人と預金名義人が違う場合、委任状が必要です。

保 険 者 記 入 欄						
所得 区分	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 (低Ⅰ・低Ⅱ)	該当 回数	収納状況	<input type="checkbox"/> 滞納なし <input type="checkbox"/> 滞納あり ・分納履行中 ・誓約履行中 ・特別事情有り	この申請に係る世帯の世帯主及び被保険者全員に対する 高額療養費の所得区分、国民健康保険税の収納状況を確認 しました。 確認者	
	<input type="checkbox"/> 一般世帯					㊟・公簿
	<input type="checkbox"/> 上位所得世帯					㊟

本人負担額	円	-	自己負担限度額	円	=	支給額	円
-------	---	---	---------	---	---	-----	---

上記の申請について、(支給・却下) してもよろしいか。

決 裁 欄					起案年月日	決裁年月日	支給年月日
課長	参事	課長補佐	係長	係			