



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 ・ 600****	診療月	令和〇年 〇月	資格区分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 退職
療養者氏名	始良 太郎	始良 太郎	始良 花子		
個人番号					
生年月日	昭和××年×月×日	昭和××年×月×日	昭和〇〇年〇月〇日		
医療 機関等	名称	〇〇〇病院	△△△薬局	□□□病院	
	所在地	始良市●●番地	始良市▲▲番地	始良市■●番地	
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		
本人負担額	円	※該当の医療機関数に応じて申請書をご記入ください。			

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)
 窓口払い

を依頼します。 ※国税の納税状況によっては口座振込を選択できない場合があります。

電話番号 (0995) ** - ****

令和××年×月×日

住所

始良市〇〇番地〇

申請人 (世帯主) 氏名

始良 太郎

個人番号

Personal number input field

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	×××	<input checked="" 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	支所等		<input type="checkbox"/> 出張所
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行	<input checked="" type="checkbox"/> (〇〇〇銀行)			
預金種目	普通 ・貯蓄	フリガナ	アイラ タロウ		
口座番号	*****	預金名義人	始良 太郎		

※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	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	⑩・公簿
	<input type="checkbox"/> 一般世帯				
	<input type="checkbox"/> 上位所得世帯				
	<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				

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			