

高額療養費支給申請書

証番号		診療月		世帯課税区分		高齢課税区分	
-----	--	-----	--	--------	--	--------	--

国民健康保険で診療を受けた人		診療を受けた病院等					
1	氏名	外来	通院日数	日		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額
2	氏名	外来	通院日数	日		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額
3	氏名	外来	通院日数	日		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額
4	氏名	外来	通院日数	日		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額
5	氏名	外来	通院日数	日		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額
6	氏名	外来	通院日数	日		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額
7	氏名	外来	通院日数	日		支払金額	
	生年月日	入院	病院名				
	負担割合		入院日数	日～	日	日間	支払金額

発病又は負傷の理由 1：第三者行為（交通事故等） 2：その他（自損事故・疾病等）

上記の通り、国民健康保険高額療養費の給付を申請します。

年 月 日

鹿児島県出水郡長島町長 様

世帯主 住所 鹿児島県出水郡長島町

氏名 _____ 印 _____ 電話番号 _____

金融機関名 _____ 支店名 _____

口座名義人 _____ 口座番号 _____ 種別 _____

委 任 状

住 所 _____

氏 名 _____

金融機関名 _____ 支店名 _____

口座名義人 _____ 口座番号 _____ 種別 _____

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

・国民健康保険高額療養費の受領に関する事

令和 年 月 日

世帯主 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____