**国民健康保険　高額療養費支給　　申請・請求　書**

**※赤枠の部分のみご記入ください。**　　　　　　　　　　　　　（　　令和　３年　　４月　診　療　分）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ①被保険者　記号・番号 | 合 志 | 012345 | ②世帯主の氏名 | 合志　太郎 |
| ③（療養を受けた）　被保険者氏名 | 合志　花子 |  |  |
| ④個 　人　　番 　号 | 1234　5678　9012 |  |  |
| ⑤生　年　月　日 | H18.2.28 |  |  |
| ⑥世帯主との続柄 | 子 |  |  |
| ⑥療養の取扱機関の名称及び所在地 | 名　称 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ⑦入院・外来の区分診療日数 | 入院・通院　月　日～ 　日　　日間 | 入院・通院　月　日～ 　日　　日間 | 入院・通院　月　日～ 　日　　日間 |
| ⑧退　職　区　分 | 一般・退本・退扶（前期・３歳未満） | 一般・退本・退扶（前期・３歳未満） | 一般・退本・退扶（前期・３歳未満） |
| ⑨住民税課税区分 | 上位・課税・非課税 | 上位・課税・非課税 | 上位・課税・非課税 |
| ⑩摘要 | 　　回目　・　多数該当 | 　　回目　・　多数該当 | 　　回目　・　多数該当 |
| 療養に対して病院等で支払った額 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　　円 |
| 負担限度額 |  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 高額支給額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 円 |
| 金融機関名 | 銀行○○農協信金 | 支店▲▲支所 |
| 口座番号 | 普 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 口座名義人（カタカナで記入） | コウシ　タロウ |
| 当 |
| 上記の通り、領収書等の証拠書類を添えて申請します。　　　　　　令和　　３年　　６月　　１日　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　住　所　　合志市竹迫２１４０番地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　合志　太郎　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 個 人 番 号　　0987　6543　2109あて先　合志市長　　　　　　　　連絡先　℡　０９６-２４８－１１１１ |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　委　任　状　　　　　　　　代理人　住　所　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。* 高額療養費支給の受領に関する事

令和　　年　　月　　日　　　　　　　　　　申請者　住　所　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 番号確認 | 本人確認 | 代理権確認 | 代理人確認 | 　　受付者 |
| 済・未 | 済・未 | 済・未 | 済・未 |  |