**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。**　　　　　　　　　　　　　（　　　　　年　　　月　診　療　分）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①被保険者  　記号・番号 | | | | | 合 志 | | |  | | | | | ②世帯主の氏名 | | |  | |
| ③（療養を受けた）  　被保険者氏名 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  |
| ④個 　人　　番 　号 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  |
| ⑤生　年　月　日 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  |
| ⑥世帯主との続柄 | | | | |  | | | | | | | |  | | | |  |
| 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 |  |  |  | |  |  | |  |  |  | 口座名義人  （カタカナで記入） | | |  | | |
| 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　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  個 人 番 号  あて先　合志市長　　　　　　　　連絡先　℡ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  |