**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 |  |