

国民健康保険高額療養費支給申請書

支払区分	既発生額	今回支給額
一般		

(年 月診療分)

一般分支給額	退職分支給額

自己負担限度額	所得区分・課税状況	ア・イ・ウ・エ・オ 上位・一般・Ⅱ・Ⅰ
---------	-----------	------------------------

<世帯の受診内容>

受診番号	受診者氏名 (療養を受けた者)		生年月日		入院 外来	給付種別		診療機関名	
	個人番号		性別	給付割合		日数	保険医療費	計算対象額	一部負担金

※10円未満の端数について、医療機関等での支払額は四捨五入となるため、自己負担金とは若干の差異があります。

大和郡山市長 様

上記のとおり医療費を支払ったことに誤りがないため高額療養費の支給申請をします。

年 月 日

世帯主	被保険者証記号番号	奈3			病院等への医療費の支払い (○をつけてください)
	個人番号				
	住所	大和郡山市			
	フリガナ				
届出人	氏名			印	電話番号
	氏名				
振込先	金融機関名	店番	支店名		口座番号
	銀行 信用金庫 農協		本店 支店		普・当
	口座名義人 (カタカナで記入してください)				

委任状

年 月 日

国民健康保険高額療養費の受領を委任いたします。

委任者 住所 大和郡山市

(世帯主) 氏名 印

受任者 住所

(口座名義人) 氏名 (続柄)