

受 付

収受印

支払区分	既 発 生 額	今 回 支 給 額

診療分  
処 理

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	.
---------	-----------	---

<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			給付種別		診 療 機 関 名		加 害 者 等
		性別	給付 割合	入院 外来	日数	保険医療費	計算対象額	一部負担金	
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無

上記のとおり医療費を支払いましたので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										病院への医療費 の支払い (○を つけてください)
	住 所										
	フリガナ					電 話				支 払 済	
	氏 名									未 払 い	
振 込 先	金 融 機 関 名	店 番	支 店 名			口 座 番 号					
	普・当										
口 座 名 義 人 (カタカナで記入してください)											

捨印

70歳以上の方へ

次回からも、こちらの口座へ高額療養費の支給を申請します。

委 任 状

国民健康保険高額療養費の受領を委任いたします。

年 月 日

委任者 (世帯主) 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

受任者 (口座名義人) 住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ (続柄) \_\_\_\_\_

( ) /