

# 高額療養費支給申請書

証番号	診療月	世帯課税区分	高齢課税区分
-----	-----	--------	--------

国民健康保険で診療を受けた人				診療を受けた病院等			
1	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日	資格区分		入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～日 日間	支払金額
2	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日	資格区分		入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～日 日間	支払金額
3	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日	資格区分		入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～日 日間	支払金額
4	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日	資格区分		入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～日 日間	支払金額
5	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日	資格区分		入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～日 日間	支払金額
6	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日	資格区分		入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～日 日間	支払金額
7	氏名			外来	通院日数	日	支払金額
	生年月日	資格区分		入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～日 日間	支払金額

上記の通り、国民健康保険高額療養費の給付を申請します。

年 月 日  
高知県高岡郡佐川町長

第三者行為等（有・無）

申請者  
(世帯主)住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_  
 金融機関名 \_\_\_\_\_ 支店名 \_\_\_\_\_  
 口座名義人 \_\_\_\_\_ 口座番号 \_\_\_\_\_ 種別 \_\_\_\_\_

### 委任状

住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 金融機関名 \_\_\_\_\_ 支店名 \_\_\_\_\_  
 口座名義人 \_\_\_\_\_ 口座番号 \_\_\_\_\_ 種別 \_\_\_\_\_

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。  
 ・国民健康保険高額療養費の受領に関する事

年 月 日  
世帯主 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

