

国民健康保険高額療養費支給申請書

(平成・令和 年 月診療分)

被保険者証の記号・番号		三条		以前12ヵ月において高額療養費の支給を受けた回数		計 回	
療養を受けた被保険者		療養を受けた病院等の名称及び所在地		療養期間		左記の期間に受けた療養に対し病院等に支払った額	
氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日	入院・ 外来	名称		平成・令和 年 月 日 ～ 同月 日 日間		円
個人番号			所在地				
氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日	入院・ 外来	名称		平成・令和 年 月 日 ～ 同月 日 日間		円
個人番号			所在地				
氏名 生年月日	昭・平・令 年 月 日	入院・ 外来	名称		平成・令和 年 月 日 ～ 同月 日 日間		円
個人番号			所在地				

上記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

住 所 三条市

世帯主氏名

世帯主個人番号

電話 ()

(宛先) 三 条 市 長

口座振替申込	下記の金融機関口座へ振り込みくださるよう申し込みいたします。		
	金融機関名	銀行・信用金庫・信用組合・農協 支店	
	預金種類・番号	普通・当座	No. _____
	口座名義	(フリガナ _____)	

国保全体の負担区分	ア(上位) イ(上位) ウ(課税) エ(課税) オ(非課税)	多数該当(当該月を含め4回以上)	該当・非該当
前期高齢者負担区分	現役Ⅰ・現役Ⅱ・現役Ⅲ・一般・低所得Ⅰ・低所得Ⅱ	第三者行為(交通事故等)の有無	有・無

※ 世帯主以外の世帯員に給付金の受領を委任する場合に記入してください。

委任欄	上記高額療養費の受領を右代理人に委任します。 令和 年 月 日 (委任を依頼した者の氏名)	代理人	(住所) 三条市
	_____ (※)		(氏名) _____ (※)

(※)本人が手書き又は記名押印をしてください。