

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 日

花巻市長 様

世帯主 住所

個人番号

氏名

電話

別紙のとおり医療機関へ支払いましたので申請します。

記号番号			診療年月		
該当者	氏名		生年月日		個人番号
振込先口座	<input type="checkbox"/> マイナポータルに登録した公金受取口座を利用する(利用する場合は口座情報の記入不要)			窓口	医療費助成を受けていますか (受給者証を持っていますか)
	銀行・信金 労金・農協	預金種別 番号	普通・当座		
本店・支店	口座名義人 (カタカナで記入)				
委任状 (申請人、口座名義人が世帯主でない場合)					
1. 高額療養費の受領を代理人に委託します。			世帯主名		印
2. 医療費助成制度から支給された高額療養費の受領を花巻市長に委任します。			代理人 住所		
令和 年 月 日			氏名		(続柄 )

※この欄には記入しないでください。

資格区分						審査		
70歳未満	一般	上位	一般	非課税		決定点数 ①	点	
	退本	ア	イ	ウ	エ	オ	費用額 ②	円
		多数該当月					① × 10	
退扶						一部負担金 ③	円	
70歳以上	現役	一般	低 II	低 I		他法負担分振替額 ④	円	
	現役 (多数)	多数該当月					現物給付額・貸付額 ⑤	円
							自己負担限度額 ⑥	円
						支給決定額(③-④-⑤-⑥)	円	
						支給しない理由		
受付印			収納課 確認					