

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

印

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
振込先口座	預金種別 番号	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)
	フリガナ 名義人		ある・ない
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	
		多数該当月					① × 10	円
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
-----	-----------