

高額療養費支給申請書

保険証番号	0220001	診療月	平成23年 1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	南薩摩 花子	外来	通院日数	日	支払金額	
	生年月日	昭和51年1月1日	入院	病院名	南さつま 総合病院		
	負担割合	3割負担		入院日数	4日 ~ 9日	6日間	支払金額
2	氏名		外来	通院日数	日	支払金額	
	生年月日		入院	病院名			
	負担割合			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		入院	病院名			
	負担割合			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		入院	病院名			
	負担割合			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		入院	病院名			
	負担割合			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		入院	病院名			
	負担割合			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		入院	病院名			
	負担割合			入院日数	日 ~ 日	日間	支払金額

この申請書のほか、領収書の写しを添付してください。

上記のとおり、国民健康保険高額療養費の支給を申請します。

平成23年 3月 1日
鹿児島県南さつま市長 様

世帯主 住所 南さつま市加世田川畑2648番地
 氏名 南薩摩 太郎 電話番号 0993-53-2111
 金融機関名 _____ 支店名 _____
 口座名義人 _____ 口座番号 _____ 種別 _____

委任状

住所 南さつま市加世田川畑2648番地
 氏名 南薩摩 花子
 金融機関名 銀行 支店名 支店
 口座名義人 南薩摩 花子 口座番号 1234567 種別 普通

委任状は、世帯主以外の方に振り込む場合のみ記入が必要です。

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
- 平成23年 3月 1日

世帯主 住所 南さつま市加世田川畑2648番地
 氏名 南薩摩 太郎