

# 高額療養費支給申請書

証番号	診療月	平成	年	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		入院	病院名		
	負担割合			入院日数	日 ~ 日	日間
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
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
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
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
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
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

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 年 月 日  
鹿児島県南さつま市長 様

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_  
 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

平成 年 月 日

世帯主 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_