

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

①被保険者証記号・番号	②療養を受けた被保険者の氏名・生年月日等	個人番号 ()		③世帯主との続柄	
波一		年 月 日生			
④傷病名					
⑤療養を受けた病院、診療所、薬局等の名称及び所在地	名 称				
	所 在 地				
⑥ ⑤の病院等で療養を受けた期間	入 院	平成・令和	年 月 日から		
	外 来	平成・令和	年 月 日まで	日間	
⑦ ⑥の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	⑧診療費につき公費負担がありますか (ありましたか)		ある ・ ない	
⑨第三者行為	有 ・ 無	⑩備考			
上記のとおり申請します。 (世帯主) 住 所 京丹波町 令和 年 月 日 個人番号 氏 名 京丹波町長 様 電 話 ()					
振込先	銀行 信用金庫 農 協	支店	普通	口座番号	(フリガナ)
			当座		名義人

※処理欄(以下は記入しないでください。)

整理番号	国民健康保険資格確認		摘要		市町村民税課税状況等		
	取得	喪失			70歳未満 ・ 70歳以上		
支給決定	1 支給する	支給金額	円		1 課税 (区分:) 2 非課税 (区分:) 3 免除 4 未申告		
	2 支給しない	支給期間	年 月分 日間		多数 () ・ 合算		
		(支給しない理由)					
区分	点数	費用額	保 険 者 負 担 分	被 保 険 者 負 担 分	高額療養費	他法負担分	確認
一・退	点	円	円	円	[円]	円	

国民健康保険高額療養費受領委任状

被保険者証記号・番号	波一											
療養を受けた被保険者	年	月	日生									
委任診療月	年	月	一部負担金額 円									
上記被保険者に係る 年 月診療分の高額療養費の受領に関する権限を 乙(受任取扱機関)に委任します。												
甲 委任者(世帯主)	住所	年 月 日	船井郡京丹波町									
	氏名	_____										

委任払制度の適用について承認があったときは、甲の委任を受けて、受任することに同意しま す。												
		年 月 日										
乙 受任者(委任払取扱機関)												
<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20%;">払込金融機関</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td>普通・当座</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口座名義人</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>				払込金融機関			口座番号	普通・当座		口座名義人		
払込金融機関												
口座番号	普通・当座											
口座名義人												

年 月 日

京都府船井郡京丹波町長 様