

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		
⑥⑤の病院等で療養を受けた期間	入 院	年 月 日から 年 月 日まで 日間	
	外 来		
⑦⑥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 年 月 日 個人番号 京丹波町長 様 氏 名 電 話 ()			
振込先	銀 行	普通	口座番号
	信用金庫 農 協	支店 当座	(フリガナ) 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:)		
		支給期間	年 月分 日間		2 非課税(区分:)		
	2 支給しない	(支給しない理由)		3 免除			
				4 未申告			
				多数(・ ・)・合算			
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	確認者名
	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。

年 月 日

船井郡京丹波町

甲 委任者(世帯主) 住所

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)

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