

国民健康保険高額療養費支給申請書（ 郵送申請用 ）

令和 年 月 診療分

受付	

記入例

(郵送申請の場合)

〈 世帯の受診内容 〉

受診 番号	受 診 者 氏 名 (療養を受けた者)	生 年 月 日 入院又は外来	診 療 機 関 名 所 在 地	又 払 額 (一部負担金)	又 診 回数
1	黒石 太郎	S・H・R 25年1月1日 入院・外来	黒石病院 黒石市北美町〇〇	57,600 円	1
2	黒石 太郎	S・H・R 25年1月1日 入院・外来	市/町クリニック 黒石市大字市/町〇〇	18,000 円	5
3		S・H・R 年 月 日 入	・ 医療機関の領収書を参考に記入してください。記入漏れがある場合、確認のご連絡をさせていただく場合があります。 ・ こちらに記入した領収書は、申請の際に提出してください。受付後に返却いたします。		
4		S・H・ 入			
5		S・H・ 入院・外来			
6		S・H・R 年 月 日 入院・外来		円	

※ 欄が足りない場合は、2枚目の「世帯の受診内容欄」にご記入ください。

黒石市長 様

上記のとおり医療費を支払いましたので高額療養費の支給申請をします。

令和 年 月 日

世帯主	被保険者記号・番号	黒石 ・ 00001111	個人番号はマイナンバーを記入して下さい。
	個人番号	999999999999	
	住 所	黒石市大字市/町11-1	
	フリガナ	クロイシ タロウ	
	氏 名	黒石 太郎	
病院への医療費の支払い		支払済	未払い
振込み金融機関	☐ 前回申請時と同様		
	☐ 公金受取口座を利用する		
	☐ 下記の口座へ振込みを依頼する ※通帳の写しを添付してください		
	金 融 機 関 名	支 店 名	預金
	黒石銀行	黒石支店	普・当
	口 座 名 義 人 (カタカナで記入してください)		

世帯主の口座へ振込みとなります。世帯主以外の口座へ振込みを希望する場合は、申請書裏面の委任状へ記入し、通帳の写しを添付してください。
※金融機関名、支店名、口座番号、口座名義(カナ氏名)が記載されている部分をコピーしてください。

※世帯主以外の口座へ振込みを希望する場合は、裏面の委任状を記入してください。

〈 世帯の受診内容 〉

受診 番号	受診者氏名 (療養を受けた者)	生年月日	診療機関名	支払額 (一部負担金)	受診 回数
		入院又は外来	所 在 地		
7		S・H・R 年 月 日		円	
		入院 ・ 外来			
8		S・H・R 年 月 日		円	
		入院 ・ 外来			
9		S・H・R 年 月 日		円	
		入院 ・ 外来			
10		S・H・R 年 月 日		円	
		入院 ・ 外来			
11		S・H・R 年 月 日		円	
		入院 ・ 外来			
12		S・H・R 年 月 日		円	
		入院 ・ 外来			
13		S・H・R 年 月 日		円	
		入院 ・ 外来			
14		S・H・R 年 月 日		円	
		入院 ・ 外来			
15		S・H・R 年 月 日		円	
		入院 ・ 外来			

・ 表面の記入欄が不足した場合は、こちらにご記入ください。

委 任 状

国民健康保険高額療養費の受領を委任します。 年 月 日

委任者（ 世 帯 主 ） 住所 黒石市大字市/町11-1

氏名 黒石 太郎

受取人（口座名義人） 住所 黒石市大字市/町11-1

氏名 黒石 花子

続柄 妻

・ 世帯主以外の口座へ振込みを希望する場合、ご記入ください。
・ どちらも世帯主ご本人様にご記入ください。