

国民健康保険高額療養費支給申請書（ 郵送申請用 ）

収受印

令和 年 月 診療分

受付	申告確認

〈 世帯の受診内容 〉 ※記入欄は裏面にもあります。

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		
1		S・H・R 年 月 日			
		入院 ・ 外来			
2		S・H・R 年 月 日			
		入院 ・ 外来			
3		S・H・R 年 月 日			
		入院 ・ 外来			
4		S・H・R 年 月 日			
		入院 ・ 外来			
5		S・H・R 年 月 日			
		入院 ・ 外来			
6		S・H・R 年 月 日			
		入院 ・ 外来			

※ 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 ・						
	個人番号							
	住 所							
	フリガナ					電 話 番 号		
	氏 名							
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	預金科目	口 座 番 号				
			普・当・他					
	口 座 名 義 人 (カタカナで記入してください)							

※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			

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

氏名

受取人（口座名義人） 住所

氏名

続柄