

国民健康保険高額療養費支給申請書

大崎市長 殿

申請日 年 月 日

申請者(世帯主)

・個人番号

・住所

・氏名

・電話

・被保険者証記号 み大崎

・被保険者証番号

**世帯主以外の口座に振込みを希望の場合は、
世帯主からの署名や委任状が必要となります。**

令和 年 月 診療分を下記のとおり申請します。

(1) 被保険者の記号・番号	み大崎	み大崎	み大崎	み大崎
(2) 被保険者の個人番号				
(3) 氏名				
(4) 生年月日				
(5) 一般・退職の区分				
(6) 世帯主(組合員)との続柄				
(7) 傷病名	レセプト記載のとおり	レセプト記載のとおり	レセプト記載のとおり	レセプト記載のとおり
(8) 発症又は負傷の理由	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)	1: 第三者行為(交通事故等) 2: 業務上の災害(通勤災害等) 3: その他(自損事故・疾病等)
(9) 病院等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
(10) 医療費・療養費等の区分				
(11) 入院・外来の区分				
(12) (9)の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間
(13) 病院等で支払った金額				
(14) 今回申請の診療年月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けたときはその直近の診療年月			(15)課税区分 (世帯全体)	(16)課税区分 (70歳以上)

国保世帯支給額	
既支給決定額	

支給決定額		-	調整額等(合計)		=	世帯差引支給額	
-------	--	---	----------	--	---	---------	--

支払方法

公金受取口座を利用する (利用する者は口座情報の記入不要)
公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出が不要になります。

※申請受付後に口座の変更等を行うと、変更前の口座に振り込まれる場合があります。

※支給対象月に受診のあった被保険者の口座に振込希望の場合は、下記の欄に世帯主からの署名が必要です。それ以外の方の場合は、委任状が必要となります。	振込先	金融機関	機関名	
			支店名	
		口座種目	普通・当座	口座番号
		口座名義人	(カナ)	

(世帯主と預金名義人が違う場合は、この欄に署名してください。)
上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主名

収受印

市役所処理欄
一部負担金全支払確認済