

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

山口市長様

申請日 令和 年 月 日

下記のとおり申請します。一部負担金は医療機関等へ支払済であることを誓約します。

被保険者 記号・番号	山3-	診療年月	平成・令和 年 月 日	月診療分	
		世帯主 個人番号	—	—	
フリガナ 世帯主 氏名		世帯主 住所	山口市		
届出者 氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主の場合はチェック	届出者 住所	<input type="checkbox"/> 同上の場合はチェック		
電話番号	— (日中つながりやすい電話番号をご記入ください)				

振込先 (世帯主口座)	銀行 信用金庫 農協 ( )	本店(所) 支店(所) 出張所 ( )	フリガナ 口座 名義							
	種目	普通・当座	口座番号 (ゆうちょ以外)							
	ゆうちょ銀行	記号								

委任状 ※上記口座が世帯主 以外の名義の場合は ご記入ください。	委任者(世帯主) 氏名									
	私は、下記の者を代理人と定め、山口市国民健康保険高額療養費の受給に関する権限を委任します。									
	代理人 氏名									
	<input type="checkbox"/> 世帯主住所と同じ 住所									

療養対象者 氏名			
生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
個人番号			
傷病名			
発症・負傷の 原因 ※該当する場合のみ	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故) <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故) <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 第三者行為(交通事故) <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 自損事故 <input type="checkbox"/> その他( )
医療機関名			
医療機関 所在地	市・区 町・村	市・区 町・村	市・区 町・村
診療科目	入院・外来・調剤	入院・外来・調剤	入院・外来・調剤
療養期間	日間	日間	日間
支払った金額	円	円	円
他制度の助成	有( )・無	有( )・無	有( )・無
多 数 該 当 (今回の申請月以前の1年間に高額療養費 に該当した月が3回以上ある場合)	該当・非該当	高額療養費に 該当する直近 3か月の診療月	平・令 年 月 診療 平・令 年 月 診療 平・令 年 月 診療

事務 処理 欄	<input type="checkbox"/> 70歳以上	<input type="checkbox"/> ア	<input type="checkbox"/> 現役 (Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	滞納の有無 有・無 (収納課同意者: )	
	<input type="checkbox"/> 70歳未満	<input type="checkbox"/> ウ	<input type="checkbox"/> 一般		レセプト数	支給決定額
	<input type="checkbox"/> 未就学児	<input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	<input type="checkbox"/> 低所得 (Ⅰ・Ⅱ)		枚	円