

記入例

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 3 年 3 月 1 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3-0123456789	診療年月	平成 令和 2 年 9 月診療分
世帯主名	国保 太郎	世帯主 世帯主 世帯主	0000 - 0000 - 0000
世帯主 氏名	国保 太郎	世帯主 住所	山口市 龜山町2番1号
届出者名	<input type="checkbox"/> 世帯主の場合はチェック 国保 花子	届出者 住所	<input checked="" type="checkbox"/> 同上の場合はチェック
電話番号	083 - 123 - 4567 (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)	振込先 種目	銀行 信用金庫 農協 ()	本店(派) 支店(所) 出張所 ()
	フリガナ	口座名義	
	口座番号 (ゆうちょ以外)	口座番号 (ゆうちょ以外)	
ゆうちょ銀行	記号	番号	番号
委任状	委任者(世帯主) 氏名 国保 太郎		
※上記口座が世帯主 以外の名義の場合は ご記入ください。	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 国保 花子		
<input checked="" 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	<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 種別	<input type="checkbox"/> 70歳以上 <input type="checkbox"/> 70歳未満 <input type="checkbox"/> 未就学児	<input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ	<input type="checkbox"/> 現役 (I・II・III) <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低所得 (I・II)
	<input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	滞納の有無 (収納課同意者:)	レセプト数 支給決定額
		枚	円

記入箇所

世帯主以外の
口座にされる
場合は、
こちらの委任
状を世帯主本
人が記入して
ください。

《注意事項》

- 個人番号とは、マイナンバーカードまたは通知カードに記載されている12桁の番号です。
紛失等で不明な場合は、空欄での提出も可です。
- 発病の原因が、第三者行為(相手方のある交通事故等)または労災の場合は、確認が必要となりますので
ご相談ください。