

【 令和 年 月 診療分 】

世帯主 個人番号											
被保険者番号	八代										

<住所> _____

国民健康保険高額療養費支給申請書

※お手続きには領収証(原本)が必要です。

《世帯主氏名》 _____ ㊟

電話
番号 _____ - _____

窓口
来た人 _____

※同じ世帯の方は名前のみ、別世帯の場合は下記住所等まで記入して下さい。

電話
番号 _____ - _____

下記のとおり申請します。

(あて先) 八代市長

支払いにつきましては、八代市国民健康保険から支払われる高額療養費の請求を八代市国保ねんきん課長に委任し、その支給を下記口座(口座名義が世帯主名義ではない場合は委任状欄にて委任された者の口座)に振込みをされますよう依頼します。

窓口に来た人の住所
(世帯主と違う時記入)

1 ←公金受取口座を利用する場合は☑して下さい。(公金受取口座を登録した世帯主のマイナンバーが必要です)

※世帯主名義の口座を記入して下さい。(世帯主以外の方の口座の場合は、下記の委任状を記入して下さい)

2 窓 口 受 取	3 指 定 口 座 振 込	金融 機関	銀行 信金 労金 農協 信組	支店 支所	カ タ 名 義 カ ナ	【 普 通 】 口 座 番 号
		委任状 高額療養費の受取りを上記口座のとおり _____ に 委任いたします。 (代筆者 _____) 申請者(世帯主) _____ ㊟				

以下の診療等において、交通事故等の第三者行為に該当するものがありますか。(はい ・ いいえ)

受診者・区分 (生年月日・個人番号)	医療機関名	日数	入外	備 考

支給予定額

市 処 理 欄	70 歳 以 上	低2 一般	現1 現2 現3 低1
	課 税 状 況	一 般	エ アイ ウ
	多 数	有 ・ 無	
	滞 納	有 ・ 無	
第 三 者			

自己負担限度額

支給決定額

※払い戻しのお手続きには領収証(原本)が必要です。