

一 般	住民税区分	支払方法

課長	総務審議員	係長	係

国民健康保険高額療養費支給 申請(請求)書

①被保険者証の 記号番号	菊池	②平成 令和	年	月	診療分
③療養を受けた者の 氏名					
④個人番号					
⑤療養を受けた者の 生年月日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日		
⑥世帯主との続柄					
⑦療養を受けた医療機関 の名称及び所在地	名称				
	所在地				
⑧傷病名 (該当するものに○ 印をつけて下さい。)	一般疾病 自損行為 第三者行為	一般疾病 自損行為 第三者行為	一般疾病 自損行為 第三者行為		
⑨入院、外来、調剤の別 ⑦で療養を受けた 期間	入院、外来、調剤、歯科 年月日から 日間 同 月 日まで	入院、外来、調剤、歯科 年月日から 日間 同 月 日まで	入院、外来、調剤、歯科 年月日から 日間 同 月 日まで		
⑩⑨の期間に受けた 療養に対し⑦で払っ た一部負担金額	円 ()	円 ()	円 ()		
高額療養費該当回数 と限度額(上段は基本 分、下段は上乗せ分)	回目 + 円	回目 + 円	回目 + 円		
支給決定額	円				

上記のとおり申請(請求)します。

令和 年 月 日

世帯主 住所 菊池市

氏名

印

菊池市長 様

個人番号

電話番号

委任状

住所:

氏名:

私は、上記の者を代理人と定め、高額療養費の受領に
関する一切の権限を委任します。

令和 年 月 日

世帯主 住所:

氏名:

印

取引銀行

支店名

口座番号

普・当

フリガナ

氏名

振込先