国民健康保険高額療養費支給申請書

山 鹿 市 長　様

年　　月　　日

下記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

ﾏｲﾅﾝﾊﾞｰ

申 請 者
（世帯主）

住　所

氏　名

電話番号

（ 第三者行為　□有 ・ □無 ）
（ 領収書不足　□有 ・ □無 ）

被保険者証番号		診 療 月	年　　月 分
療養を受けた被保険者の氏名			
マイナンバー			
生 年 月 日 年 齢	年　月　日 歳	年　月　日 歳	年　月　日 歳
被保険者区分	一般 ・ 退職	一般 ・ 退職	一般 ・ 退職
・病院等の名称 （診療区分） ・ 一部負担額	（入・外・調） 一部負担額　円	（入・外・調） 一部負担額　円	（入・外・調） 一部負担額　円
	（入・外・調） 一部負担額　円	（入・外・調） 一部負担額　円	（入・外・調） 一部負担額　円
	（入・外・調） 一部負担額　円	（入・外・調） 一部負担額　円	（入・外・調） 一部負担額　円
	（入・外・調） 一部負担額　円	（入・外・調） 一部負担額　円	（入・外・調） 一部負担額　円

振 込 口 座	金融機関名	銀行・農協 信金・労金	支店 支所
	口 座 番 号	口座種目	普 ・ 当
	口座名義人 ★カタカナ		
委 任 欄	※ 世帯主と振込先口座名義が異なる場合にご記入ください。 下記の者を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。 代 理 人 名 （口座名義人） 住　所 氏　名　　☎		

《 担 当 課 記 入 欄 》

70歳未満		
区分	3回目まで	多数回
ア	252,600 ＊	140,100
イ	167,400 ＊	93,000
ウ	80,100 ＊	44,400
エ	57,600	
オ	35,400	24,600

70歳から74歳			
区分	外来	外来+入院	多数回
現Ⅲ	252,600 ＊		140,100
現Ⅱ	167,400 ＊		93,000
現Ⅰ	80,100 ＊		44,400
一般	18,000	57,600	44,400
低Ⅱ	8,000	24,600	
低Ⅰ		15,000	

総負担額	円
支給決定額	円

特記事項