

国民健康保険高額療養費支給申請書

番号

五木村長 木下 丈二 様

令和 年 月 診療分を下記のとおり申請します。		申請日	令和 年 月 日		
申請者（世帯主）		電話	()		
〒	住所				
被保険者証記号・番号		個人番号			

振込先	金融機関名	銀行・農協・信金・労金			
	支店名	支店・支所			
	口座種目	普通・当座	口座番号		
	口座名義人				

委任欄	※世帯主と口座名義人が異なる場合に記入してください。			
	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)	令和 年 月 日		
	住所			
	氏名	Ⓜ		

70歳以上高額療養費				国保世帯全体	
高齢者外来		高齢者世帯合算		70歳未満一部負担金相当額	
外来一部負担金		高齢世帯一部負担金		高齢者世帯計算後負担額	
外来自己負担限度額		自己負担限度額		世帯自己負担限度額	
外来高額療養費		高齢者世帯高額療養費		世帯高額療養費	
外来現物給付		入院現物給付		現物給付（70歳未満）	
高齢者外来支給額		高齢者世帯支給額		世帯支給額	

課税区分 (70歳以上)	課税区分 (世帯全体)	多数回	特例対象	長期調整額	調整額	既支給決定額	支給予定額
		該当					

