

国民健康保険高額療養費支給申請書

診療月	年	月	被保険者 番号	宗
-----	---	---	------------	---

70歳未満

70歳未満の人	療養受給者氏名								
	個人番号								
	生年月日	昭・平・令	年	月	日	昭・平・令	年	月	日
	医療機関名								
	受診種別	入院・外来・歯科・調剤		入院・外来・歯科・調剤		入院・外来・歯科・調剤			
	傷病名								
	療養期間		年	月	日	~	年	月	日
	第三者行為	交通事故・その他()		交通事故・その他()		交通事故・その他()			
	支払った医療費		円		円		円		

宗像市長 へ

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。支給決定額を下記の口座に振り込んでください。
 なお支給決定時に未納税がある場合、税充当依頼欄に記載のとおりとします。

年 月 日

住所 _____

申請者(世帯主) 氏名 _____ 電話番号() _____

個人番号 _____

委任欄

下記のとおり、代理人に高額療養費支給申請に関する権限を委任します。

申請者
(世帯主) _____

住所 _____

代理人 氏名 _____ 電話番号() _____

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	店番	支店	普通 ・ 当座	口座番号				
						口座名義 (カタカナ)			

税充当依頼欄

上記高額療養費支給額を以下の未納分の税に充当することを承諾します。

税 年度 期

国保税の最古の未納分から納付 (申請者または届出者の署名)

確認事項	世帯形態	一般 退職 混合	判定区分 (70歳未満)	アイウ エオ	資格の有無	有(療養期 間中は国 保)	無(療養期 間中は他 保険)	限度額	円
	収納状況	完納 未納	多 数	該 当 非 該 当	国保全世 帯員の申 告	済 未(扶養)	支給金額	円	
	備考								受付者