

国民健康保険高額療養費支給申請書

平成 年 月 日

酒田市長 宛

〒 □ □ □ □ - □ □ □ □

住所 酒田市

世帯主

氏名 ①

個人番号
(マイナンバー)

電話番号

国民健康保険の高額療養費の支給を受けたいので申請します。
なお、高額療養費支給額算定のため、私及び私の世帯員に係る収入、課税状況等に関し、市税務課等に照会することについて同意します。

診療を受けた月			国保証の記号・番号																	
平成	年	月診療分																		

診療を受けた方			
氏名①	生年月日	(昭・平)	年 月 日
	個人番号		
氏名②	生年月日	(昭・平)	年 月 日
	個人番号		

診療を受けた医療機関 (○をつけてください)		
<ul style="list-style-type: none"> 日本海酒田リハビリテーション病院 日本海総合病院 その他 () 	<ul style="list-style-type: none"> 八幡クリニック 酒田東病院 山容病院 	<ul style="list-style-type: none"> 三川病院 本間病院 第三者行為
<ul style="list-style-type: none"> 庄内余目病院 庄内病院 象潟病院 	<ul style="list-style-type: none"> 有 	<ul style="list-style-type: none"> 無

受取方法 ※振込・受取は申請した月の翌月末以降になります	
<p><u>1. 口座振込</u></p> <p>銀行・農協・金庫</p> <p>支店</p> <p>支所 (1.普通 2.当座)</p> <p>店番</p> <p>口座番号</p> <p>口座名義人 (カタカナで記入)</p>	
<p><u>2. 窓口払</u></p> <p>受取窓口： ア.市役所 イ.八幡総合支所 ウ.松山総合支所 エ.平田総合支所</p> <p>受取希望日： 年 月 日 ※受取日は申請をした翌月末日をご記入ください</p>	

委任欄 ※世帯主と口座名義人が異なる場合、記入してください	
高額療養費の受領を上記口座名義人に委任します。	
委任者 (世帯主)	①

世帯	上位	一般	非
	ア	イ	ウ
高齢受給者	現Ⅲ	現Ⅱ	現Ⅰ
	一般	低Ⅱ	低Ⅰ

入①	日間	円
入②	日間	円
外①	日間	円
外②	日間	円
調剤	日間	円

貸付(有・無)	一般	
多数(有・無)	退本	退扶
決定額	円	
貸付額	円	
支給額	円	