

国民健康保険高額療養費支給申請書

令和 年 月 日

酒田市長宛

〒□□□□-□□□□

住所 酒田市

世帯主 氏名

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	被保険者記号・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・令) 年 月 日 個人番号
氏名②	生年月日 (昭・平・令) 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 山容病院 第三者行為
<ul style="list-style-type: none"> 三川病院 庄内余目病院 庄内病院 象潟病院 	有 ・ 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 支店 支所 (1.普通 2.当座)</p> <p>店番 _____</p> <p>口座番号 _____ 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
<p>高額療養費の受領を上記口座名義人に委任します。</p> <p>委任者 (世帯主) _____ (印)</p>

世帯	上位	一般		非
	ア	イ	ウ	エ
高年齢受給者	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	