

年 月分 豊田市国民健康保険高額療養費支給申請書

豊田市長様

国民健康保険法施行規則第27条の16第1項の規定に基づき、高額療養費の支給を申請します。

申請年月日

年 月 日

被保険者記号・番号		-	
申 世 請 帯 主 者	住所 豊田市		
	氏名	電話	
	個人番号		
	振込口座		
銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所	
預金種別	口座番号	店番号 ( )	
普通・当座			
フリガナ			
名義人			
<input type="checkbox"/> 該当する医療機関等への一部負担額は支払済みです。 ※領収書添付を省略する場合はチェックをしてください。			
交通事故等の第三者行為		有・無	

※世帯主以外の口座に振り込みを希望される場合は、下記の受領委任状を記入してください。

受領委任状	
今回の高額療養費の受領に関する権利を下記のとおり委任します。	
<受任者> 記	
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ住所	
氏名 _____	
<委任者> (世帯主)	
氏名 _____ (印)	

- \*記入上の注意
- 1 太枠の中のみ記入してください。
  - 2 この申請書は暦月ごとに提出してください。
  - 3 受領委任状の委任者印は自署の場合は不要です。

処理欄
(窓口に来た人) (続柄)
本人確認 1点: 免・個・在・身・他 ( )
2点: 他 ( )

受診者氏名	生年月日	区分
	年 月 日	一般・退職・扶養 入院・外来
医療機関名	一部負担額	療養期間
	円	日
個人番号		

受診者氏名	生年月日	区分
	年 月 日	一般・退職・扶養 入院・外来
医療機関名	一部負担額	療養期間
	円	日
個人番号		

受診者氏名	生年月日	区分
	年 月 日	一般・退職・扶養 入院・外来
医療機関名	一部負担額	療養期間
	円	日
個人番号		

受診者氏名	生年月日	区分
	年 月 日	一般・退職・扶養 入院・外来
医療機関名	一部負担額	療養期間
	円	日
個人番号		

受診者氏名	生年月日	区分
	年 月 日	一般・退職・扶養 入院・外来
医療機関名	一部負担額	療養期間
	円	日
個人番号		

一部負担額合計	高額療養費支給予定額
円	円

処 理 欄	世帯区 分	<input type="checkbox"/> 上位ア ( 回目) <input type="checkbox"/> 上位イ ( 回目) <input type="checkbox"/> 一般ウ ( 回目) <input type="checkbox"/> 一般工 ( 回目) <input type="checkbox"/> 非課税才 ( 回目)	高年齢区 分	<input type="checkbox"/> 現役Ⅲ ( 回目) <input type="checkbox"/> 現役Ⅱ ( 回目) <input type="checkbox"/> 現役Ⅰ ( 回目) <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低Ⅱ <input type="checkbox"/> 低Ⅰ	<input type="checkbox"/> 簡素化の内容、対象外となる場合について説明をした。 滞納 有 無 <input type="checkbox"/> 充当する <input type="checkbox"/> 充当しない	受付者
-------------	----------	---	-----------	---	---	-----

申請には該当の領収書(原本)の添付が必要です。  
 ただし、生年月日の後ろに\*がある方は領収書を省略できます。