

豊田市長様

年 月分 豊田市国民健康保険高額療養費支給申請書

I hereby apply for high costs medical expenses according to the National Health Insurance Law Enforcement Regulation Article 27-16,

Paragraph 1. 国民健康保険法施行規則第27条の1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

Insured Persons' Number 被保険者記号・番号
Applicant (Householder) 申請者(世帯主)
Address 住所 TOYOTA-SHI
Name 氏名
Phone 電話
Individual Number 個人番号
Bank account information 振込口座
Type 預金種別
Account No. 口座番号
Branch No. 店番号
FURIGANA フリガナ
Account holder 名義人
Injury due to an act caused by a third party such as traffic accidents 交通事故等の第三者行為

受診者氏名
生年月日
区分
医療機関名
一部負担額
療養期間
個人番号

受診者氏名
生年月日
区分
医療機関名
一部負担額
療養期間
個人番号

受診者氏名
生年月日
区分
医療機関名
一部負担額
療養期間
個人番号

受診者氏名
生年月日
区分
医療機関名
一部負担額
療養期間
個人番号

受診者氏名
生年月日
区分
医療機関名
一部負担額
療養期間
個人番号

一部負担額合計
高額療養費支給予定額

Partial cost of the medical expenses has already been paid to the respective medical institution. ※Please check the box if you want to omit the receipt attachment. 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してください。

Power of Attorney 受領委任状
I hereby authorize the person below to receive the "High-Cost Medical Care Benefits". 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。
<Authorised person 受任者>
Same as the applicant 申請者と同じ
Address 住所
Name 氏名
<Principal 委任者>(Householder 世帯主)
Name 氏名

* Precautions to take when fill in 記入上の注意
1 Please fill in within the bold line. 太枠の中のみ記入してください。
2 Submit one form per month. この申請書は毎月ごとに提出してください。
3 If the Power of Attorney is filled in by the householder him/herself, his/hers personal seal [INKAN] will not be required. 受領委任状の委任者印は自署の場合は

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 ()

処 理 欄
世帯区分
高年齢区分
簡素化の内容、対象外となる場合について説明をした。
滞納の有無
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。