

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 本店 信用金庫 支店 農協 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"/> 申請者の公金受取口座を利用			
個人番号			
<input type="checkbox"/> (医療機関等への一部負担額について支払済みの方) 領収書の添付を省略する場合は、レ印を付してください。			
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。	
記	
<受任者>	
<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	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	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	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	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	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・イ (回目) <input type="checkbox"/> 上位ウ・エ (回目) <input type="checkbox"/> 非課税才 (回目)	高 齢 区 分	<input type="checkbox"/> 現役Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ (回目) <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低Ⅱ・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)の添付が必要ですが、
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。