

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

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	Bank 銀行	Head office 本店	
	Shinkin bank 信用金庫	Branch 支店	
	JA bank JA 銀行	Sub branch 支店	
	Type 預金種別 Regular・Commercial FUTSU・TOZA 普通・当座	Account No. 口座番号	Branch No. 店番号 ()
FURIGANA フリガナ			
Account holder 名義人			
<input type="checkbox"/> I wish to receive the benefit in the bank account associated with the Social Security and Tax Number System (My Number). 申請者の 公金受取口座を利用			
Individual Number 個人番号			
<input type="checkbox"/> Check here if you wish not submitting the medical expenses receipts (Only when medical expenses were paid partially). (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、し印を付けてください。			
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		Yes 有 ・ No 無	

※If you wish to have the deposit made into an account other than the householder's, fill in the Power of Attorney below. 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。

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。 <Authorized person受任者>	
<input type="checkbox"/> 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	INKAN 印

* 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 person seal (INKAN) will not be required. 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)	高齢区分	<input type="checkbox"/> 現役Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ (回目)	<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。
	<input type="checkbox"/> 上位ウ・エ (回目)	<input type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 低Ⅱ・Ⅰ				
	<input type="checkbox"/> 非課税才 (回目)						