

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者記号番号								(年 月診療分)			
療養を受け た被保険者	個人番号										
	氏 名	1.						2.		3.	
	生年月日	年 月 日						年 月 日		年 月 日	
	世帯主との続柄										
資 格 区 分		☐ 一般 ☐ 未就学児 ☐ 高齢者 (2割 ・ 3割)						☐ 一般 ☐ 未就学児 ☐ 高齢者 (2割 ・ 3割)		☐ 一般 ☐ 未就学児 ☐ 高齢者 (2割 ・ 3割)	
傷 病 名		診療報酬明細書のとおり						診療報酬明細書のとおり		診療報酬明細書のとおり	
療養を受け た病院等	名称										
	所在地										
病院等で療養を 受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで (日間)						年 月 日から 年 月 日まで (日 間)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
病院等で支払った額		円						円		円	
過去1年間の高額療養費該当回数								初めて ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 4回目以上			
振込先 口座	金融機関名	銀行・金庫・信組・農協 本店・支店									
	預金種別	☐ 普通 ☐ 当座						☐ 座 名義人	フリガナ		
	口座番号								氏 名		
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。											
振込先の口座名義人が申請者（世帯主）と異なる場合には、上記の口座名義人を代理人とし、受領に関する権限を委任します。											
年 月 日 住所											
竹田市長 様 申請者（世帯主） 氏名											
個人番号 電話番号											

※この申請書は、月ごとに作成し、領収証を添付してください。

市 の 記 入 欄	窓口に来た方	☐ 本人 ☐ 同一世帯員 ☐ 代理人		個人番号確認	☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 住民票 ☐ 公簿
	窓口に来た方 の本人確認	☐ 写真付き1点確認 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ 旅券 ☐ 身障手帳 ☐ 在留カード ☐ （ ） ☐ 写真なし2点確認 ☐ 資格確認書等 ☐ 年金手帳 ☐ 身分証明書 ☐ （ ）			
	代理権の確認	☐ 戸籍謄本（法定代理人） ☐ 委任状 ☐ 委任状省略（同一世帯員） ☐ 本人しか持ち得ない書類（ ）			
	所得区分	☐ 70歳未満	☐ ア ☐ イ ☐ ウ ☐ エ ☐ オ		
☐ 70歳以上		☐ 現役並み所得者Ⅰ ☐ 現役並み所得者Ⅱ ☐ 現役並み所得者Ⅲ ☐ 一般 ☐ 低所得Ⅰ ☐ 低所得Ⅱ			