

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

被保険者証の 記号・番号		療養を受けた 被保険者の 氏名・生年月日 及び個人番号		世帯主との 続柄	
傷 病 名	別添レセプト (写) のとおり				
療養を受けた医療機関の 名称及び所在地	別添レセプト (写) のとおり				
医療機関で 支払った金額		円			
備 考					
上記のとおり申請します。受領については、次の口座へ振込を依頼します。					
年 月 日		世帯主 住 所			
		氏 名		個人番号	
		申請者 <input type="checkbox"/> 上記と同じ			
壱 岐 市 長 様		氏 名		連絡先TEL	
上記高額療養費の受領に関することを次の者に委任します。					
受任者 住 所					
氏 名		(受任者連絡先TEL)			
年 月 日		委任者 住 所			
壱 岐 市 長 様		氏 名			
振込先口座	金 融 機 関 名		口 座 番 号		
	支店・支所名	口座種別	フリガナ		
			口座名義人		

[保険者記入欄]

費用額	保険者負担額	一部負担金 (A)	負担限度額 (B)	支給決定額 (A-B)
負担区分				
備考				

[本人確認書類]

- (1点) マイナンバーカード 運転免許証 運転経歴証明書 身体障がい者手帳 パスポート その他 ()
(2点) 国民健康保険証 介護保険証 診察券 年金手帳(年金番号通知書) 年金証書 その他 ()

国民健康保険高額療養費支給申請書

(令和 年 月 診療分)

被保険者証の 記号・番号	1234567	療養を受けた 被保険者の 氏名・生年月日 及び個人番号	壱岐 国保 昭和43年2月1日 1234 5678 9012	世帯主との 続柄	本人
傷病名		別	被保険者証の番号・療養を受けた方の氏名・生 年月日・個人番号・続柄を記入してください。 (個人番号が不明の場合は空欄可) ※療養を受けた方が複数人いらっしゃる場合は 1名のみ記入してください。		
療養を受けた医療機関の 名称及び所在地		別			
医療機関で 支払った金額					
備考					

上記のとおり申請します。受領については、次の口座へ振込を依頼します。

令和4年 4月 1日

世帯主 住所 壱岐市芦辺町芦辺浦562番地

届出年月日・世帯主の住所・氏名・個人番号・
連絡先を記入してください。
(届出人が世帯主以外の場合は、届出人の氏名
を記入してください。)

名 壱岐 国保 個人番号 1234 5678 9012

上記と同じ

壱岐市長様 氏名 壱岐 花子 連絡先TEL 0920-45-1157

上記高額療養費の受領に関することを次の者に委任します。

療養を受けた方と別世帯の方が受領を希望
される場合は、記入をしてください。

受任者 住所

氏名

(受任者連絡先TEL

)

年 月 日

委任者 住所

壱岐市長様

氏名

振込先口座	金融機関名	口座番号						
	〇〇〇銀行	1	2	3	4	5	6	7
	支店・支所名	口座種別	フリガナ	件 コホ				
	△△支店	普通	口座名義人	壱岐 国保				

[保険者記入欄]

振込を希望される口座の情報を記入
してください。

費用額	保険者負担額	一部負担金 (A)	負担限度額 (B)	支給決定額 (A-B)
負担区分				
備考				

[本人確認書類]

(1点) マイナンバーカード 運転免許証 運転経歴証明書 身体障がい者手帳 パスポート その他 ()(2点) 国民健康保険証 介護保険証 診察券 年金手帳(年金番号通知書) 年金証書 その他 ()