

## 国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者自己負担限度額  
(受領委任払)

円

被保険者記号番号				診療月				課税状況				
い				令和				ア・イ・ウ・エ・オ 現役並み(Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ)・一般・低所得(Ⅱ・Ⅰ)				
受診者氏名及び個人番号							性別		生年月日			
I							前・若	一般 退本 退扶	男・女	昭・平・令	年 月 日	
											年 月 日	
II							前・若	一般 退本 退扶	男・女	昭・平・令	年 月 日	
											年 月 日	
III							前・若	一般 退本 退扶	男・女	昭・平・令	年 月 日	
											年 月 日	
病院等名称及び所在地							療養期間			支払金額		
I							入院 外来 歯科	年 月 日～ 日			円	
								年 月 日～ 日			円	
II							入院 外来 歯科	年 月 日～ 日			円	
								年 月 日～ 日			円	
III							入院 外来 歯科	年 月 日～ 日			円	
								年 月 日～ 日			円	
世帯主名義 の振込先		金融機関名		銀行 信金 農協 労金		本店 支店		普通 当座 その他		口座番号		
上記のとおり申請します。												
令和 年 月 日												
申請者 住所 諫早市												
(世帯主)												
氏名及び 印 電話 ( )												
諫早市長 殿 個人番号												

以下は受領委任払のとき記入が必要です。

## 委任状

令和 年 月 日

委任者 住所 諫早市  
(世帯主)

氏名 印

上記により支給される令和 年 月診療分の高額療養費の受領の権限を下記の者に委任します。

受任者 住所  
(病院等)

氏名 印 電話 ( )

受任者  
の振込先

金融機関名

銀行  
信金  
農協  
労金本店  
支店普通  
当座  
その他

口座番号

第三者該当(有・無)