

国民健康保険高額療養費支給申請書

診療月	被保険者証の記号番号			
令和 年 月	福			

療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	昭・平・令 年 月 日		昭・平 日		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 保険証の記号・番号 </div>
個人番号(マイナンバー)					
傷病の原因	<input type="checkbox"/> 第一者の行為(交通事故等)を含まない		<input type="checkbox"/> 第三者の行為を含む		
傷病名	診療明細書のとおり		診療明細書のとおり		
医療機関の名	診療明細書のとおり		診療明細書のとおり		
入院・外来区	調剤		入院・外来・調剤		
療養に対し関係で支払った額	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 対象者氏名・生年月日等 </div> 入院 円		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> 記入不要 </div> 入院 円		円
資格	取得日	昭・平・令 年 月 日	取得日	昭・平・令 年 月 日	
	喪失日	昭・平・令 年 月 日	喪失日	昭・平・令 年 月 日	

上記のとおり申請します。
 福知山市長 様
 令和 年 月 日 住所 福知山市
 世帯主氏名 _____
 世帯主個人番号 _____
 電話番号 _____

世帯主以外の名義の口座への支給を希望される場合は記入してください。

世帯主住所・氏名等

高額の療養費の受領について、下記の者に委任します。

委任の欄	世帯主以外の方が給付金の受領をされる場合に記入してください。	住所 _____
		氏名 _____
		令和 年 月 日 世帯主 _____

口座振替(送金)依頼	金融機関名	種目	口座番号
	銀行 本店 普通	信用金庫 支店 普通	
	フリガナ	農業協同組合 支所 当座	
	口座名義人		
<input type="checkbox"/> 前回の振込と同じ口座を利用する。 <input type="checkbox"/> マイナポータル等で登録した公金受取口座を利用する。			

この申請書に記載いただいた特定個人情報(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第8項に規定する特定個人情報をいう。)は、

個人番号確認方法	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 個人番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> 支給を希望する口座を記入、または選択肢に✓をしてください。 </div>	受付者
実存確認方法	写真有 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 通票 写真無 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳		
手続き方法	窓口申請 (<input type="checkbox"/> 世帯主 <input type="checkbox"/> 世帯員 <input type="checkbox"/> 代理人)		

高額区分	1 単独該当	2 多数該当	3 世帯合算	4 多数合算	75歳誕生日の特例	該当	非該当
若人区分	区分	ア	イ	ウ	エ	オ	多数
	世帯 外来+入院	252,600+ (-842,000) ×1%= 円	167,400+ (-558,000) ×1%= 円	80,100+ (-267,000) ×1%= 円	57,600円	35,400円	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
前期高齢区分	区分	現役並みⅢ	現役並みⅡ	記入不要	一般	低所得者Ⅱ	低所得者Ⅰ
	世帯 外来+入院	140,100円	93,000円	44,400円	44,400円	24,600円	該当・非該当

支給額計算	自己負担額	自己負担限度額	支給額
	[] - [] = []	[] - [] = []	[]
決裁処理	支給する ・ 支給しない(理由)	支給額	円