

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

診療月	年	月	被保険者 番号	宗
-----	---	---	------------	---

70歳以上

70歳以上の 人	療養受給者 氏名			
	個人番号			
	生年月日	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日	昭和 年 月 日
	医療機関名			
	受診種別	入院	入院	入院
	傷病名			
	療養期間	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日
	第三者行為	交通事故・その他( )	交通事故・その他( )	交通事故・その他( )
	支払った 医療費	円	円	円

宗像市長 あて  
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。支給決定額を下記の口座に振り込んでください。  
なお支給決定時に未納税がある場合、税充当依頼欄に記載のとおりとします。

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

申請者(世帯主) 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号( ) \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

委任欄  
下記のとおり、代理人に高額療養費支給申請に関する権限を委任します。

申請者  
(世帯主) \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ 電話番号( ) \_\_\_\_\_

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協 漁協	店番	支店	普通 ・ 当座	口座番号	
						口座名義 (カタカナ)

税充当  
依頼欄

上記高額療養費支給額を以下の未納分の税に充当することを承諾します。

税 \_\_\_\_\_ 年度 \_\_\_\_\_ 期

国保税の最古の未納分から納付 (申請者または届出者の署名)

確認事項	世帯形態	一般 退職 混合	資格の 有無	有(国保) 無(他保険)	高齢者 負担区分	現Ⅰ 現Ⅱ 現Ⅲ	一般 区分Ⅰ 区分Ⅱ	限度額
	収納状況	完納 未納	多 数	該 当 非該 当	国保全世帯 員の申告	済 未(扶養)	支給金額	円
	備考							