

人吉市国民健康保険 高額療養費支給申請書 兼 請求書 (償還払)

記号番号	人吉				交通事故等による第三者行為	有 ・ 無
診療月	年	月	診療分		支払区分	口座 ・ 窓口

一 般 分 (70 歳 未 満)

	イ	ロ	ハ
療養を受けた人	氏名	氏名	氏名
個人番号			
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
入院・外来の別	入院 ・ 外来	入院 ・ 外来	入院 ・ 外来
医療機関名			
診療月	年 月 日 から 日 まで	年 月 日 から 日 まで	年 月 日 から 日 まで
支払金額 (食事代・室料等を除く)	円	円	円

支払金額は医療機関に支払った保険診療分についてのみ記入してください。

高 齢 受 給 者 分 (70 歳 ~ 74 歳)

氏 名		氏 名	
個人番号		個人番号	
生年月日		生年月日	
診療月		診療月	
	支払金額		支払金額
	医療機関名		医療機関名
イ	入・外	イ	入・外
ロ	入・外	ロ	入・外
ハ	入・外	ハ	入・外
ニ	入・外	ニ	入・外
ホ	入・外	ホ	入・外
ヘ	入・外	ヘ	入・外
ト	入・外	ト	入・外

振 込 先 金 融 機 関	フリガナ					
	口座名義人 氏名					
		銀行 協 農 信 用 金 庫 信 用 組 合	支店 支所	預金 種別	1. 普通 (総合) 2. 当座 3. 貯蓄	
	金融機関コード		店 番			
	口座番号 (右つめでご記入ください)		預金通帳等で確認し、正確にご記入ください			

上記のとおり高額療養費の支給を申請します。
 また、支給額決定に関し、保険年金課が課税状況を調査することに同意します。
 なお、口座支払の場合、私は人吉市市民部保険年金課長を代理人と定め、国民健康保険高額療養費の請求及び受領に関する一切の権限を委任します。
 令和 年 月 日
 人吉市長 松岡 隼人 様

住 所	郵便番号 (8 6 8 -)				
	人吉市		町	番地	
世帯主の氏名				印	電話 (-)
個人番号					

＜職員記入欄＞

資格区分	負担区分	70歳以上 (高齢受給)	70歳未満 (旧ただし書所得)	多数該当	非該当
一般	未就学児	一定以上所得者	ア 901万超		
退職本人	就学児~70歳未満	一般	イ 600~901万円以下	高額療養費支給決定額	
退職家族	70歳以上(前期)	区分Ⅱ	ウ 210~600万円以下		
		区分Ⅰ	エ 210万円以下		
			オ 住民税非課税		
				円	
				納税課確認	

(課税1%加算の場合の負担限度額) 円+(円- 円)×1%= 円