受　付

国民健康保険　高額療養費支給申請書

収受印

支払区分	既 発 生 額	今 回 支 給 額

一般分支給額	退職分支給額

自己負担限度額		所得区分・課税状況	

＜世帯の受診内容＞

受診番号	受診者氏名（療養を受けた者） 受 診 者 個 人 番 号	生 年 月 日 性別	給付割合	入院外来	給付種別 日数	保険医療費	診 療 機 関 名 計算対象額	一部負担金（自己負担額）	加害者等
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無
									有 無

三重県いなべ市長あて
上記のとおり医療費を支払いましたので高額療養費の支給申請をします。

令和　　年　　月　　日

世帯主	被保険者証記号番号		病院への医療費の支払い（○をつけてください）
	個 人 番 号		
	住所		支 払 済
	フリガナ	電　話	
	氏名		未 払 い

☐ 振込先に公金受取口座として登録済の世帯主の口座を指定

※世帯主のマイナンバーカードに登録した公金受取口座を振込先に指定する場合は左のチェック欄にレ点を記入してください。
その場合、下記「振込先」欄は記入不要です。

振込先	金 融 機 関 名	店 番	支 店 名	口 座 番 号
				普　・　当
	口座名義人（カタカナで記入してください）			

上記の金額領収いたしました。
令和　　年　　月　　日
三重県いなべ市長あて　　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

委　任　状

国民健康保険高額療養費の受領を委任いたします。　　令和　　年　　月　　日

委任者　　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（世帯主）　　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
受任者　　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（口座名義人）　　氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（続柄）＿＿＿＿