

（表 面）

受付印

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月診療分		被保険者証の記号番号		滝 川		
診療を受けた 被保険者名	個人番号	傷病名	診療を受けた 医療機関の名称	入院・通院 歯科の別	一般・退職 の別	一部負担金として 支払った額

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

個人番号 \_\_\_\_\_

(TEL - )

滝川市長様

上記申請金額の受領を

に委任します。

また、自己負担限度額確定に係る世帯に属する被保険者の市町村民税の課税の有無及び一定額以上の所得の有無について、保険医療機関が世帯主に代わり滝川市に確認することに同意します。

年 月 日

世帯主 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

(TEL - )

※上記申請に基づく高額療養費の支給額は次の決定書のとおりである。

審査決定額調書

診療を受けた 被保険者名	療養に要した 費用額 ①	保険者負担額 ②	一部負担金の額 ③	他保負担額 ④	自己負担限度額 ⑤	差引支給額 ③-⑤ ⑥
支給決定金額					円	世帯合算算定額
一般・退職者 の負担区分	一般分負担額				円	
	退職分負担額				円	
口座 振込	金融機関名 銀行・信金 本・支店		口座名義人 カナ		口座種類 普・当・貯	口座番号

※ 振込先が世帯主名義の口座でない場合は、裏面の委任状に記入・押印が必要です。（委任状 あり・なし）

(裏面)

# 委任状

私は、住所 \_\_\_\_\_ を代理人と定め、 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日  
氏名 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_ )

付けで申請した滝川市国民健康保険の高額療養費の受領に係る権限を委任します。

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

委任者 (世帯主) 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)