熊本市国民健康保険 高額療養費支給申請書（償還払）

記載例

記号番号								
				－				

診療年月						
4 5			年			月診療分

資格区分	一般 ・ 退職

申請合計額	¥	支給見込額	¥

世帯全体		1～3回目	4回目以降
課税	ア	252,600	140,100
	イ	167,400	93,000
	ウ	80,100	44,400
	エ	57,600	44,400
非課税	オ	35,400	24,600

第三者行為	有	無

特定疾病	20,000	10,000

多数①	/	多数②	/	多数③	/

高齢受給者（70歳以上）	個人外来			世帯合算		
	～H29.7月	H29.8月～	H30.8月～	～H29.7月	H29.8月～	H30.8月～
現Ⅲ	44,400	57,600		80,100		252,600 140,100
現Ⅱ						167,400 93,000
現Ⅰ				44,400		80,100 44,400
一般	12,000	14,000	18,000	44,400		57,600 44,400
低Ⅱ	8,000			24,600		
低Ⅰ	8,000			15,000		

受付者	

一般分（70歳未満）

	イ	ロ	ハ
療養			氏名
生		年 月 日	昭・平・令 年 月 日
傷病名			
医			入・外
		月 日から 日まで	年 月 日から 日まで
支（食事）		円	円

（歳以上）

氏名		生年月日	昭和 年 月 日

	医療機関名	支払金額		医療機関名	支払金額
1	入・外		6	入・外	
2	入・外		7	入・外	
3	入・外		8	入・外	
4	入・外		9	入・外	
5	入・外		10	入・外	

記入不要

世帯主と口座名義が違う場合記入してください.。
世帯主と代理人は印影が異なる印鑑を押印してください。
既製品の印鑑(いわゆる三文判)は同一印影が多数存在するため、ご遠慮ください。

左記のとおり高額療養費の支給を申請します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

住所	郵便番号 （ 860-0000 ） 熊本市○○区○○町○番○号	
世帯主の氏名	九州 一郎 ㊞	日中連絡がとれる電話番号 090-1234-5678
個人番号		

請求委任及び口座振替依頼

私は、熊本市から支払われる国民健康保険高額療養費の請求に関する一切の権限を、熊本市国保年金課長（同課長に事故があるときは、同副課長）に委任します。

熊本市長様

振込先金融機関	○○	銀行 農協 信用金庫 信用組合	○○町	支店	預金種目	1.普通（総合口座） 2.当座 4.貯蓄
金融機関コード	0 1 2 3	店番	4 5 6			1・2・4
口座番号 右つめでご記入ください	1 2 3 4 5 6 7					
フリガナ	キュシュウ イチロウ					
口座名義人 氏名	（世帯主） 九州 一郎					

※ 原則として世帯主の口座に振り込みます。世帯主以外の口座に振込みを希望される場合は委任状を記入してください。

委任状	右の者を代理人として高額療養費の受領を委任します。 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日	
	世帯主（委任者）	代理人（受任者）
	住所 熊本市○○区○○町○番○号	住所 熊本市○○区○○町○番○号
	氏名 九州 一郎 ㊞	氏名 九州 花子 印