

記号番号									
診療年月									
5	年	月	診療分						
資格区分		一般・退職							
申請合計額	¥	支給見込額	¥						

熊本市国民健康保険
高額療養費支給申請書
(償還払)

第三者行為 有 無

特定疾病 20,000 10,000

多数① / 多数② / 多数③ /

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

高齢受給者(70歳以上)			
H30.8月~			
個人外来		世帯合算	
		1~3回目	4回目以降
現Ⅲ		252,600	140,100
現Ⅱ		167,400	93,000
現Ⅰ		80,100	44,400
一般		57,600	44,400
低Ⅱ		8,000	24,600
低Ⅰ	8,000	15,000	

記載例

受付者

一般分(70歳未満)												
イ				ロ				ハ				
療養を受けた人	氏名			氏名			氏名					
生年月日	昭・平・令 年 月 日			昭・平・令 年 月 日			昭・平・令 年 月 日					
個人番号												
医療機関名	入・外				入・外				入・外			
診療月	令和 年 月 日から 日まで			令和 年 月 日から 日まで			令和 年 月 日から 日まで					
支払金額	円			円			円					

高齢受給者分(70歳以上)															
氏名				生年月日 昭和 年 月 日				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		医療機関名		支払金額		医療機関名		支払金額	
1	入・外			6	入・外			7	入・外			8	入・外		
2	入・外			9	入・外			10	入・外						

世帯主と口座名義が違う場合
記入してください。

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

郵便番号 (860-0000)

住所 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	〇〇	〇〇町	支店	預金種目	1.普通 (総合口座)	
	農協				2.当座		
	信用金庫				4.貯蓄		
	信用組合						
金融機関コード		0 1 2 3	店番	4 5 6	1・2・4		
口座番号		右つめてご記入ください					
フリガナ		キユシユウ	イチロウ				
口座名義人 (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。

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