

記 号 番 号									
				-					

熊本市国民健康保険
高額療養費支給申請書
(償還払)

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
	オ	35,400	24,600
非課税			

診 療 年 月									
5			年			月	診療分		

第三者行為	有	無
-------	---	---

資格区分	一般	退職
------	----	----

特定疾病	20,000	10,000
------	--------	--------

申請合計額	¥	支給見込額	¥
-------	---	-------	---

多数①	/	多数②	/	多数③	/
-----	---	-----	---	-----	---

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		18,000	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 (食事代・室料等を除く)	円			円			円				

高齢受給者分(70歳以上)													
氏名				氏名				氏名					
		生年月日		昭和 年 月 日		生年月日		昭和 年 月 日		生年月日		昭和 年 月 日	
個人番号				個人番号				個人番号					
		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						

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 (-)		
世帯主の氏名	日中連絡がとれる電話番号		
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	支店	預金種目
	農協		1.普通(総合口座)
	信用金庫		2.当座
	信用組合		4.貯蓄
金融機関コード	店番	1・2・4	
口座番号 右つめでご記入ください			
フリガナ			
口座名義人氏名		(世帯主)	

※ 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	住所
	氏名	氏名