記号番号	
	－

診療年月					
5			年		月診療分

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

世帯全体		1～3回目	4回目以降
課税	ア	270,300	140,100
	イ	179,100	93,000
	ウ	85,800	44,400
	エ	61,500	44,400

高齢受給者（70歳以上）	個人外来	世帯合算 1～3回目	世帯合算 4回目以降
現Ⅲ		270,300	140,100
現Ⅱ		179,100	93,000
現Ⅰ		85,800	44,400
一般	22,000	61,500	44,400
低Ⅱ	11,000	25,700	24,600
低Ⅰ	8,000	15,700	

記載例

受付者	

資格区分	一般 ・ 退
申請合計額	￥
支給見込額	￥

どちらかにチェックを入れてください。

・公金受取口座とは、預金口座の情報をマイナンバーとともに事前に国（デジタル庁）に登録した口座です。
・「公金受取口座を利用する」にチェックを入れた場合は「振込先金融機関」の記入は不要です。

注意）公金受取口座利用にチェックを入れ、且つ振込口座に

療養を受けた人	氏名	イ
生年月日	昭・平・令 年	
個人番号		
医療機関名	入・外	入・外	入・外
診療月	令和 年 月 日まで	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

70歳未満はこちらに記入

70歳以上はこちらに記入

高齢受給者分（70歳以上）			
氏名	九州 花子	生年月日	昭和 26 年 10 月 12 日
氏名		生年月日	昭和 年 月
個人番号			

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

世帯主以外の口座に振込を希望される場合は、「振込口座を指定する」にチェックを入れ、「振込先金融機関」に口座情報の記入と委任状が必要になります。

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 ） 熊本市〇〇区〇〇町〇番〇号	
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。 熊本市長宛

☐ 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）

公金受取口座は世帯主の口座になります。公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。

☑ 振込口座を指定する

振込先金融機関			
	〇〇	銀行 / 農協 / 信用金庫 / 信用組合	〇〇町 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 〇 年 〇 月 〇 日	
	世帯主（委任者）	代理人（受任者）
	住所 熊本市〇〇区〇〇町〇番〇号	住所 熊本市〇〇区〇〇町〇番〇号
	氏名 九州 一郎 九州 ㊞	氏名 九州 花子