第１２号様式（第９条の２関係）

国民健康保険　　高額療養費支給申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 第三者行為 | 有・無 |
|  | 高齢課税区分 |  |
| 証番号 |  | 世帯主氏名 |  | 診療月 |  | 世帯課税区分 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 国民健康保険で診療を受けた人 | 診療を受けた病院等 |
| １ | 氏名 |  | 外来 | 通院日数 |  | 支払金額 |  |
| 生年月日 |  | 資格区分 |  | 入院 | 病院名 |  |
| 負担割合 |  | 個人番号 |  | 入院日数 |  | 支払金額 |  |
| ２ | 氏名 |  | 外来 | 通院日数 |  | 支払金額 |  |
| 生年月日 |  | 資格区分 |  | 入院 | 病院名 |  |
| 負担割合 |  | 個人番号 |  | 入院日数 |  | 支払金額 |  |
| ３ | 氏名 |  | 外来 | 通院日数 |  | 支払金額 |  |
| 生年月日 |  | 資格区分 |  | 入院 | 病院名 |  |
| 負担割合 |  | 個人番号 |  | 入院日数 |  | 支払金額 |  |
| ４ | 氏名 |  | 外来 | 通院日数 |  | 支払金額 |  |
| 生年月日 |  | 資格区分 |  | 入院 | 病院名 |  |
| 負担割合 |  | 個人番号 |  | 入院日数 |  | 支払金額 |  |
| ５ | 氏名 |  | 外来 | 通院日数 |  | 支払金額 |  |
| 生年月日 |  | 資格区分 |  | 入院 | 病院名 |  |
| 負担割合 |  | 個人番号 |  | 入院日数 |  | 支払金額 |  |
| ６ | 氏名 |  | 外来 | 通院日数 |  | 支払金額 |  |
| 生年月日 |  | 資格区分 |  | 入院 | 病院名 |  |
| 負担割合 |  | 個人番号 |  | 入院日数 |  | 支払金額 |  |
| ７ | 氏名 |  | 外来 | 通院日数 |  | 支払金額 |  |
| 生年月日 |  | 資格区分 |  | 入院 | 病院名 |  |
| 負担割合 |  | 個人番号 |  | 入院日数 |  | 支払金額 |  |
| （宛先）　江別市長 | 支払予定額 |  |
| 　　　　　年　　月　　日　上記のとおり、国民健康保険高額療養費の給付を申請します。あわせて、江別市長が高額療養費の給付のため、私及び世帯員の課税状況について調査することに同意します。　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　世帯主　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　個人番号　　　　　　　　　　　　　　 | 市記入欄 |
| 収納 |
| 有・無 |
|  |
| 支払方法 | １．口座振込　　　２．窓口払い |
| 前回申請された口座 |  |
| 上記口座から変更を希望される方は右にご記入ください。 | 銀行　　信用金庫信用組合農協　　 | 本店　　支店　出張所 | １　普通２　当座３　貯蓄その他( ) | 名義人 | (ｶﾅ) |
|  |
| ｺｰﾄﾞ |  | ｺｰﾄﾞ |  | 口座番号 |
| 委　任　状 | 　　　 ※受取人が世帯主と異なる場合、必ずご記入ください。受任者 住所(所在地)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名(名称)　　　　　　　　　　　㊞　世帯主との関係　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　私は、上記の者を代理人と定め、高額療養費の受給に関する権限を委任します。　　　　　　　　　　　　　委任者 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |