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　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |