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

年　　月　　日

支払予定額	

市記入欄
収納
有・無

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　㊞