

**国民健康保険 高額療養費**

受診者のマイナンバーを記入してください。亡くなられた場合は不要です。

被保険者証番号		療養を受けた被保険者氏名		生年月日	医療機関等	所在地	傷病名	療養期間	受診者の個人番号 (マイナンバー)
No.	総医療費	入院・外来						日間	
①		S R H						日間	
②		S R H						日間	
		S R H						日間	

ゆうちょ銀行を希望される方は下の(3)※印をご覧ください。

預金種別を○でご記入ください。

口座名義どおりにカタカナで記入してください。

他 件あり

振込先金融機関		銀行コード	支店コード	預金種別	口座番号(右詰めで記入)
				<input type="radio"/> ① 普通 <input type="radio"/> ② 当座 <input type="radio"/> ③ 貯蓄	
	銀行 信金 信組 農協		本店 支店 出張所	口座名義人 (カタカナで 記入)	

世帯主名義の口座情報を記入してください。それ以外の口座に振り込む場合は委任状が必要です。

申請する診療年月を記入してください。

世帯主の住所・氏名を記入してください。

確約書ご記入の場合は申立人の住所・氏名を、成年後見人等による申請の場合は成年後見人等の住所・氏名をご記入ください。

住所	神戸市	区	町
氏名			
電話	( )	-	

申請する診療年月

月	日

整理番号

3	4	5	6	7	8
---	---	---	---	---	---

受付日付印

保険料未納の有・無

決裁日: 平成 年 月 日 (第1号) に該当

分類 17・04・02・03 保存5年

国民健康保険法第57条の2に基づき、支給決定してよろしいか。

- (1) ≪申請書記入欄≫内の必須項目をご記入ください。ご記入は黒のボールペンでお願いします。  
※「消せるボールペン」は使用しないでください。
- (2) 振込先口座は世帯主名義の口座情報を記入してください。  
※ゆうちょ銀行を希望される方は、通帳見開き下部の支店・口座番号を記入してください。銀行コードは記入不要です。  
※世帯主名義以外の口座に振り込みを希望される方は、「委任状」に記入が必要です。  
※死亡により世帯主が申請できない場合は相続人が申請者となり、「受領委任状(確約書)」に記入し、相続関係がわかる添付書類及び本人確認書類の提出が必要になります。  
※成年後見人が世帯主に代わって申請される場合は、登記事項証明書(概ね3ヶ月以内)あるいは家庭裁判所の審判書及び本人確認書類の添付が必要です。
- (3) 個人番号欄にはマイナンバーを記入してください。
- (4) 訂正箇所は二重線で消して、訂正してください。修正テープなどは使用しないでください。
- (5) 未納保険料のある方は郵送申請することができません。詳細はホームページをご覧ください。