

国民健康保険 高額療養費支給申請書

被保険者番号								年		月診療分	
No.	療養を受けた被保険者氏名 総医療費（１０割負担分）	生年月日 入院・外来	医療機関等	名称 所在地	医療費助成等 傷病名	療養期間	受診者の個人番号 （マイナンバー）				
①						日間					
②						日間					
③						日間					
④						日間					
⑤						日間					
⑥						日間					

他 件あり

《申請者記入欄》

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）												
							① 普通														
	銀行 信金 信組 農協			本店 支店 出張所			② 当座 ④ 貯蓄	口座名義人 (カタカナ) (で記入)													
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。							個人番号 (マイナンバー)					-					-				

なお、高額療養費の申請にあたり、領収書を添付しない場合、
 の診療年月の高額療養費の審査（自動振込を辞退しない場合は将来の高額療養費の審査を含む）において、私の世帯の被保険者が受診した全ての医療機関等での一部負担金の支払い状況を調査されることについて異議ありません。
 また、高額療養費中に私の世帯の被保険者が医療費助成制度で助成を受けた額が含まれている場合、あらかじめその額を差し引いて支給されることが及び、その差し引かれた額を医療費助成額の返還に充てることに同意します。差し引かれずに支給された場合には、神戸市の返還に応じます。

年 月 日

住所 神戸市 区

世帯主 氏名

電話（ ） -

注：未納保険料がある方については、給付を差し止めることがあります。必ず保険料を完納の上、高額療養費の申請をしてください。

《神戸市記入欄》

多数回該当状況	年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
高額療養費支給決定額	不支給理由											整理番号	
円													
備考													

起案日：		決裁日：		
公開の状況：非公開		課長	係長	係
	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。				

受付日付印

世帯主名義以外の口座に振込む場合

委 任 状

神戸市 区長宛 年 月 日

高額療養費の受領を下記の者へ委任します。なお、振込先は裏面の申請書のとおりです。

委任者 (世帯主)	住 所		
	氏 名		
	電話番号		
受任者 (口座名義人)	住 所		
	氏 名		
	電話番号		

※委任者（世帯主）の本人確認書類の写しを添付してください。

世帯主が死亡し、相続人が申請する場合

受領申立書(確約書)

神戸市 区長宛 年 月 日

申立人 (相続人)	被相続人との続柄		
	住 所		
	氏 名		
	電話番号		

下記世帯主(被相続人)の死亡に伴い、高額療養費の申請及び受領を上記申立人(相続人)が行うものであることを申し立てます。被相続人の相続において、私より先順位となる相続人は存在しません。他の相続人等から異議の申し出があったときは、私の責任において解決し、神戸市国民健康保険に一切の迷惑をかけないことを確約します。なお、振込先は裏面の申請書のとおりです。

世帯主 (被相続人)	被保険者番号								
	住 所								
	氏 名								
	死亡年月日								

<相続人と被相続人の関係の確認について>

- ①被相続人と住民票上で別世帯の場合、相続人と被相続人の関係が分かるもの(戸籍謄本等)と本人確認書類(※)を添付してください。
②被相続人と住民票上で同一世帯の場合、以下の同意と本人確認書類（※）をいただければ、戸籍謄本等は不要です。

上記被相続人と私の関係について、神戸市国民健康保険が住民票により確認することに同意します。	
年 月 日	
住所：(上記申立人の住所と同じ)	
氏名：	

(※) <申立人の本人確認書類> (郵送の場合は、写しを提出してください。)

- ・運転免許証、マイナンバーカード（表面のみ）、旅券（パスポート）等、官公署発行の顔写真付きの証明書

<神戸市記入欄>

本人確認欄	確認書類欄
・ 運転免許証 ・ 旅券（パスポート） ・ マイナンバーカード ・ ()	

国民健康保険 高額療養費支給申請書

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--

診療分

No.	療養を受けた被保険者氏名 総医療費（10割負担分）	生年月日 入院・外来	医療機関等	名称 所在地	医療費助成等 傷病名	療養期間	受診者の個人番号 （マイナンバー）
①						日間	1234-5678-9 12
②						日間	1234-5678-9 12
③						日間	1234-5678-9012
④						日間	1234-5678-9012

**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
記入してください**

＜申請者記入欄＞

振込先 金融機関	銀行コード △ △ △ △	支店コード △ △ △	預金種別 ① 普通 ② 当座 ③ 貯蓄	口座番号（右詰め） 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	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） コウヘ タロウ

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

なお、高額療養費の申請にあたり、領収書を添付しない場合、の診療年月の高額療養費の審査（自動振込を辞退しない場合は将来の高額療養費の審査を含む）において、私の世帯の被保険者が受診した全ての医療機関等での一部負担金の支払い状況を調査されることがあります。

また、高額療養費中に私の世帯の被保険者が医療費助成制度で助成を受けた額が含まれている場合、あらかじめその額を差し引いてお支払いされること及び、その差し引かれた額を医療費助成額の返還に充てることに同意します。差し引かれずに支給された場合には、神戸市の返還にさせていただきます。

× 年 × 月 × 日

住所 神戸市 中央 区 加納町 6-5-1

世帯主 氏名 神戸 太郎

電話 (078) ×××-××××

**世帯主のマイナ
記入してください**

注：未納保険料がある方については、給付を差し止めることがあります。必ずお支払いください。

＜神戸市記入欄＞

多数回該当状況	年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
高額療養費支給決定額	円	不支給理由									
備考											

起案日： 公開の状況：非公開 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。

受付日付印

世帯主の住所・氏名を記入
してください。

- (1) 記載している被保険者番号と診療内容に間違いが無いかをご確認ください。
- (2) 《申請者記入欄》内の必要項目をご記入ください。ご記入は黒のボールペンをお願いします。
※「消せるボールペン」は使用しないでください。
※世帯主死亡により相続人が申請する場合は、振込先の世帯主欄は相続人氏名等をご記入ください。また、左ページ下段の「受領申立書（確約書）」の記入と、相続関係が分かる添付書類等及び本人確認書類の提出が必要です。
※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（3カ月以内）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) 振込先金融機関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場合で支店・口座番号がわからない方は、通帳見開き下部の支店・口座番号を記入してください。
※世帯主名義以外の口座に振込みを希望される場合には、左ページ上段の「委任状」に記入が必要です。
- (4) 個人番号欄にはマイナンバーを記入してください。
- (5) 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。