

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

被保険者番号		世帯主名前	
診療年月	課税区分（世帯）	所得区分（70歳以上）	限度額
年 月			円
			円

療養を受けた 被保険者の名前	生年月日		医療機関名	入外	一部負担額	
	個人番号				支払額	
	年 月 日			入・外		円
	・	・				円
	年 月 日			入・外		円
	・	・				円
	年 月 日			入・外		円
	・	・				円
	年 月 日			入・外		円
	・	・				円
	年 月 日			入・外		円
	・	・				円
	年 月 日			入・外		円
	・	・				円
	年 月 日			入・外		円
	・	・				円
	年 月 日			入・外		円
	・	・				円

振 込 先	コード		コード		種別	普通	当座	その他
	金融機関名		支店名		口座番号			
	口座名義人 (カナ)							

上記のとおり申請し、世帯の所得調査に同意します。また、資格異動等により支給額が変わった場合には、福山市長の指示に従います。

また、支給申請を行った高額療養費について、その対象となる医療機関等での診療に対する医療費等は全て支払済みであることを誓約し、本件について不明な点があれば、福山市が医療機関等へ支払状況を確認することについて同意します。

なお、福山市が実施する福祉医療費助成制度により助成を受けている場合で、本件により支払われる高額療養費のうち、福山市が負担している金額がある場合は、その金額について福山市長へ受領を委任し、その金額を除いた金額で支払を受けることに同意します。

この誓約の内容が事実と反する場合は、高額療養費の支払が行われないこと及び虚偽の申請に対する罰則が適用されることを了承します。

福山市長 様 年 月 日

世帯主 住所 _____
フリガナ _____

名前 _____ (電話 _____)

個人番号 (_____)

世帯主以外の方が申請される場合のみ記入（同世帯の人は住所記入不要）

申請人 住所 _____ (電話 _____)

(窓口に来た人) 名前 _____ (世帯主との続柄 _____)

※この枠は国民健康保険に加入している被保険者全員が70歳以上の場合に使用します。

＜確認事項欄＞				本人確認欄				□保険証 □免許証 □個人番号カード(写真付) □その他 (_____)			
滞納	有・無	担当	1振込	充当	有・無	全額・充当+振込	口座	有・無	登録	支所受付印	保険年金課受付印
			2窓口			金額					
備考										受付担当者	受付担当者