

第4号様式（第8条関係）

国民健康保険高額医療費支給申請書

（ 年 月診療分）

療養者氏名	個人番号	生年月日	医療機関	医療機関等で支払った額	入院外来	保険区分/所得区分

被保険者記号番号	南国保
上記のとおり申請します。 年 月 日	
世帯主	住所氏名 個人番号 電 話
南種子町長 殿	印
※上記診療等に、第三者行為：交通事故・犬咬傷・食中毒・その他（ ）に該当するものがありますか。 （はい・いいえ）	
※労働中の災害（通勤含）によるものがありますか。（はい・いいえ）	
（委任状） 私は、 を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日請求した高額療養費の受領に関すること。 申請者（世帯主）住所・氏名・個人番号 印 代理人の住所・氏名 印	

国民健康保険高額医療費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	金融機関名		口座番号				
	銀行・信用金庫・農協 その他（ ）		フリガナ				
	支店・支所名	口座種別	口座名義人				
	支店・支所	普・総・営・他					

支給決定伺い				
課税区分		多数該当		世帯合算
費用合計額	保険者負担額	自己負担額	控除額	支給決定額

上記のとおり決定してよろしいか、お伺いします。 決定年月日 年 月 日

決裁区分	町長	副町長	総務課長	主管課長	課長補佐	係長	係