

記入例

記号・番号	〇〇〇〇〇〇	診療月	〇年〇月	世帯課税区分		高齢課税区分	
-------	--------	-----	------	--------	--	--------	--

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	日	費用額
	生年月日	年 月 日		入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日 日間	費用額
2	氏名			外来	通院日数	日	費用額
	生年月日	年 月 日		入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日 日間	費用額
3	氏名			外来	通院日数	日	費用額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人					
4	氏名			外来	通院日数	日	費用額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人					
5	氏名			外来	通院日数	日	費用額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日 日間	費用額
6	氏名			外来	通院日数	日	費用額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日 日間	費用額
7	氏名			外来	通院日数	日	費用額
	生年月日			入院	病院名		
	負担割合	個人番号			入院日数	日～ 日 日間	費用額

この欄の記入は不要です。
対象の診療月の「医療機関の領収書」を
すべてご持参ください。

第三者行為による傷病（交通事故等）	あり・なし	支払金額合計	
岐阜県瑞穂市長 〇年 〇月 〇日 上記の通り、国民健康保険高額療養費の給付を申請します。			
世帯主	住所	瑞穂市別府1288番地	
氏名	瑞穂 太郎	電話番号	058-327-4159
個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇			
振込先	金融機関名・支店名		口座番号
	〇〇銀行 ××支店		普通 当座 〇〇〇〇〇〇〇
	口座名義人		
	(フリガナ) ミズホ タロウ 瑞穂 太郎		

※世帯主と口座名義人が異なる場合、上記名義人へ高額療養費の受領に関することを委任します。

世帯主 氏名