

受 付	受付場所

収受印

国民健康保険高額療養費支給申請書

(宛先) 松 山 市 長

高額療養費の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、下記の申請に当たり、世帯等の個人住民税の課税状況を担当職員が確認することに同意いたします。

平成 年 月 日

個人番号
の
確認

マイナンバー

通知カ

住民票

世帯主	被保険者証記号番号											
	マイナンバー (個人番号)											
	住所											
	氏名	Ⓜ										
受取金融機関	金融機関名		本・支店名		口座番号							
	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協		<input type="checkbox"/> 本店(所) <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 支所		普・当							
					フリガナ							
					口座名義人							

来庁者の
身元確認

<1点>

マイナンバー
免許証
住基カ
パスポート
身障手帳
在留カ
()

<2点>

健保証
介保証
年金手帳
医療受給
()

来庁者	住所	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	支払区分	1. 新規	2. 前回
	氏名	<input type="checkbox"/> 世帯主と同じ	世帯主との続柄		

療養を受けた期間	平成 年 月 日	診療分
----------	-------------------------	-----

<世帯の受診内容>

受診者氏名	医療機関等	病院等へ支払った額	傷病名	発病・負傷の原因	受診者のマイナンバー (個人番号)
昭・平 年 月 日	(名称) ----- (所在地)			1. 第三者傷害 2. その他	
昭・平 年 月 日	(名称) ----- (所在地)			1. 第三者傷害 2. その他	
昭・平 年 月 日	(名称) ----- (所在地)			1. 第三者傷害 2. その他	
昭・平 年 月 日	(名称) ----- (所在地)			1. 第三者傷害 2. その他	

今回支給予定額	
---------	--

完・連1・連2

済

<p>記載上の注意</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 太線のワケ内のみご記入ください。 ○ 住所、氏名は、はっきりと訂正のないようにご記入ください。 ○ 世帯主(申請人)と口座名義人が違う場合は、裏面の委任状をご記入ください。 ○ 領収書等の添付が必要です。 ○ 世帯主の死亡により相続人が申請する場合は、戸籍謄本等の写しが必要な場合があります。
--

○ 申請に際しては、世帯主のマイナンバーの確認、そして窓口に来られた方の身元確認が必要になります。

委任状

平成 年 月 日

(宛先) 松山市長

私が松山市より支払を受ける高額療養費について、表記の預金口座に振込みすることを委任します。

委任者 (申請者)					受任者 (口座名義人)				
住所	松山市				住所	松山市			
	町	丁目	番地	号		町	丁目	番地	号
氏名				印	氏名				

念書

平成 年 月 日

(宛先) 松山市長

死亡者 氏名 _____
相続人 住所 _____
相続人 氏名 _____ 印
相続人 続柄 _____

平成 年 月 日 の死亡により、高額療養費の申請および受領について、相続人の間で異議が生じて、私が全責任をもって解決し、松山市には一切ご迷惑はおかけいたしません。

記

高額療養費

平成 年 月分