様式第１４号(その１)　(第２７条関係)

取扱支所・出張所	支所・出張所

国民健康保険高額療養費支給申請書

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

世帯主の住所・氏名・電話番号等を記入してください。
診療月の月末時点の世帯主様が死亡している場合は、すべて相続人様での記入となります。

個人番号	○○○○○○○○○○○○
世帯主 住所	福島市五老内町３番１号
氏名	福島　花子
診療月	024-525-3773

保険証の番号

診療月	令和 ○ 年 ○ 月	被保険者記号・番号	島１	○○○○○○
個人番号	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○			

療養を受けた被保険者の氏名	福島　花子	福島　花子		
生年月日	(昭和) 平成 令和 ○年○月○日	(昭和) 平成 令和 ○年○月○日	昭和 平成 令和 日	
被保険者区分	□一般 □退職本人 □退職被扶養者	□一般 □退職本人 □退職被扶養者	□一般 □退職本人 □退職被扶養者	□退職本人 □退職被扶養者
傷病名	診療報酬明細書のとおり	診療報酬明細書のとおり	診療報酬明細書のとおり	診療報酬明細書のとおり
病院等の名称	五老内クリニック	五老内薬局		
療養を受けた期間	令和 ○年○月○日から ○日まで (○日間)	令和 ○年○月○日から ○日まで (○日間)	令和 年 月 日から 日まで (日間)	令和 年 月 日から 日まで (日間)
入院・外来区分	□入院 ☑外来 □調剤	□入院 □外来 ☑調剤	□入院 □外来 □調剤	□入院 □外来 □調剤
療養に対し病院等で支払った額	14,000 円	340 円		
第三者行為（交通事故等）有の場合☑		□	□	

療養を受けた方の、受診された病院・薬局ごとにご記入ください。

必ずどちらかにチェックをお願いいたします。

振込口座

□公金 する場合は口座情報の記入不要
公金受 、マイナポータルから簡単に登
通帳等の写しの提出も不要になります。
☑振込口座を指定する

世帯主様の口座を記入してください。
診療月の月末時点の世帯主様が死亡している場合は、相続人様の口座を記入してください。

金融機関名	ももりん	銀行・農協 信用金庫	福島 本店 支店
口座番号	○○○○○○○	口座の種類	普通
フリガナ	フクシマ　ハナコ		
口座名義人	福島　花子		

※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の委任欄に記入してください。

委任欄　本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。　令和　年　月　日

世帯主	住所	氏名 ㊞
代理人	住所	氏名
	個人番号	

世帯主様からの委任がある場合、世帯主様のから委任された「代理人」への口座へ振り込みすることができます。委任をする場合、世帯主様ご本人がこちらへ記入・押印してください。
代理人の方の個人番号のご記入もお願いいたします。
委任した場合、「振込口座」は「代理人」の口座をご記入ください。

総費用額	自己負担合計	限度	
円	円		
多数	□該当 □非該当	1月 2月 3月 4月	
世帯区分	□ 上位Ⅱ	□ 上位Ⅰ	□ 一般Ⅱ
高齢区分	□現役Ⅲ	□現役Ⅱ	□現役Ⅰ □
合算	□有 □無	金融機関コード	