

(提出者：)

国民健康保険高額療養費支給申請書

申請日 年 月 日

支給申請

波佐見町長様

年 月診療 について明細を添えて高額療養費の支給を申請します。

支給決定に際し、必要な公簿を閲覧されることに異議はありません。なお、過誤調整等により給付額を相殺すべき事由が生じた場合は、相殺して支給することを承諾いたします。

申請者

被保険者 記号・番号	波佐見・
氏名(世帯主)	
電話番号	
個人番号	

診療費を支払ったことの証明として、領収書等の添付か下記の誓約書を記入してください。

誓約書

- ・申請にかかる診療費について、私が負担すべき額は全て支払いました。
- ・今後負担すべき額が発生したときは、全て支払うことを誓約します。
- ・保険料に未納があるときは、領収書等を添付して支払いを証明します。

誓約者
(世帯主)

(自署 または 記名・押印)

確認事項

該当するときは
はチェック☑

- 第三者行為に該当する診療がある※
- 業務上の事故・疾病に該当する診療がある
- 他の制度により自己負担が無料・低額になっている診療がある

対象 医療	受診者氏名：	
	医療機関名：	
	他の制度名：	

※第三者行為…交通事故・けんか・他人のペットに咬まれるなど、けがの原因が他人によるもの

↓ 下記の□に✓を入れて選択してください。

① 波佐見町が把握している世帯主の口座へ振込 (前回の口座 □有)

② 下記の口座への振込

口座名義	
金融機関名	
支店名	普・当
口座番号	

- (1) 原則、世帯主名義の口座をご記入ください。
- (2) 世帯主名義以外の口座に振り込みをご希望の場合は、下記に世帯主の署名捺印をお願いします。

委任状

左記の名義人への口座振込を了承し、受領を委任します。世帯主

(自署 または 記名・押印)

支給方法の選択

③ 窓口受取りを希望 (後日、指定する日に来庁いただきます)

※チェックがないときは①となります。
※滞納があるときは③となります。