

国民健康保険高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

赤穂市長 宛

年 月 日

世帯主 (申請者)	住所	赤穂市	(電話)	()
	氏名		被保険者記号・番号	

申請書に領収書を添付しない場合、以下の誓約内容を確認し問題がなければ□に☑を記入してください。

- 支給申請を行った高額療養費について、一部負担金は全て支払済みであることを誓約します。
また、赤穂市が医療機関等に一部負担金支払状況の照会を行うことに同意します。
誓約が事実と反する場合で、高額療養費の過支給があったときは返還することを承諾します。

※赤穂市が領収書の確認を必要と認めた場合は、領収書を提示していただく必要があります。

患者氏名		生年月日	年 月 日	
個人番号				
受診医療機関	名称		第三者行為の有無	有・無
	所在地			

患者氏名		生年月日	年 月 日	
個人番号				
受診医療機関	名称		第三者行為の有無	有・無
	所在地			

口座の名義人が世帯主と異なる場合は以下に記入、捺印してください。

代理人住所.....氏名.....

年 月 日 このたび上記の者を代理人と定め高額療養費受領の権限を委任します。

世帯主氏名.....(印)

口座振替欄	振替先金融機関	預金種別	口座番号	口座名義人
	銀行・金庫 支店 組合・農協	普通 ・ 当座		(フリガナ)

受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、□に☑を記入してください。

- 公金受取口座を利用します。

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

※以下職員記入欄

多数該当の状況	年 月 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	支給決定金額	円
---------	-----------------------------------	--------	---

受付者: 受付時間: 時 分

※本人確認 免・パ・保・福・介・マ・()

受領申立書（確約書）

赤穂市長 宛

年 月 日

申立人 (相続人)	被相続人との続柄	
	住所	
	氏名	
	電話番号	

下記世帯主（被相続人）の死亡に伴い、高額療養費の申請及び受領を上記申立人（相続人）が行うものであることを申し立てます。

他の相続人等から異議の申し出があったときは、私の責任において解決し、赤穂市国民健康保険に一切の迷惑をかけないことを確約します。

なお、振込先については裏面の申請書のとおりです。

世帯主 (被相続人)	被保険者証番号	
	住所	
	氏名	
	電話番号	

〈相続人と被相続人の関係の確認について〉

- ①被相続人と住民票上で別世帯の場合、相続人と被相続人の関係が分かるもの（戸籍謄本等のコピー）、本人確認書類（※）を添付してください。
- ②被相続人と住民票上で同一世帯の場合、以下の同意と本人確認書類（※）をいただければ、戸籍謄本等は不要です。

上記被相続人と私の関係について、赤穂市国民健康保険が住民票により確認することに同意します。

年 月 日

住所：（上記申立人の住所と同じ）

氏名： _____

（※）〈申立人の本人確認書類〉（郵送の場合は、写しを提出してください。）

・運転免許証、マイナンバーカード（表面のみ）等