

伊達市国民健康保険 高額療養費支給申請書

被保険者証	島 93	(枝番)	診療月	年	月	診療分
-------	------	------	-----	---	---	-----

療養を受けた者	氏名	①	②
	個人番号		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
療養を受けた医療機関等	名称		
	所在地		
傷病名または受診科名			
区別		入院 ・ 外来	入院 ・ 外来
第三者行為 (交通事故など)		有 ・ 無	有 ・ 無

担当者記入欄	証区分	一般 ・ 退職 ・ 高齢	一般 ・ 退職 ・ 高齢
	公費等の利用	無・有 (災害・重度・こども・その他)	無・有 (災害・重度・こども・その他)
	住民税	課税 ・ 非課税	課税 ・ 非課税
	費用額		
	支払額		

振込指定金融機関	金融機関名		銀行	労金	支店名		本店
	普通		信金	信組			支店
			農協				支所
				(フリガナ) 口座名義人			

※ 振込指定金融機関は、世帯主のものとする。

高額療養費の支給について上記のとおり申請します。

年 月 日 日

住所
世帯主 氏名
電話番号
伊達市長 個人番号

※死亡者の個人番号の記載は不要であり、記載がなくても有効な申請となります。
 ※世帯主が死亡した場合は裏面の「申立及び誓約書」記入が必要
 ※やむを得ず世帯主以外の口座に振込む場合は裏面「委任状」記入が必要

受付担当者記入欄			
窓口受付担当者印		窓口に来られた方	確認書類
		世帯主・同一世帯員 それ以外の方 (要委任状)	免許証・パスポート・個人番号カード・保険証 その他 ()

申立及び誓約書

年 月 日

伊達市長

私は、死亡した次の被保険者に係る高額療養費を相続し受領することについて、関係書類を添えて申し立てます。
また、他の相続人から当該受領について異議申立てがあった場合は、私の責任において解決することを宣誓します。

申立て及び宣誓者 氏名 印

死亡者	住 所	
	氏 名	
	死亡年月日	
申立て及び宣誓者	住 所	
	氏 名	
	個人番号	
	電話番号	
	死亡した者との関係	

担当者記入欄	申立者と死亡者の関係	同居親族 ・ 別居親族 ・ その他 ()
	資格確認	公簿による確認 ・ その他 ()

~~~~~

# 委任状

年 月 日

伊達市長

私は、次の者を代理人と定め、国民健康保険高額療養費の申請及び受領に関する一切の権限を委任します。

委任者氏名 (世帯主氏名) 印

|          |                           |  |
|----------|---------------------------|--|
| 代理人      | 住 所                       |  |
|          | 氏 名                       |  |
|          | 個人番号                      |  |
|          | 電話番号                      |  |
|          | 委任者との関係                   |  |
| 委任者(世帯主) | 住 所                       |  |
|          | 氏 名                       |  |
|          | 電話番号                      |  |
|          | 世帯主以外の口座を振込先に指定する場合は、その理由 |  |