

第12号様式(第10条関係)

国民健康保険高額療養費支給申請書 ( 年 月診療分)		課 長			
被保険者証の 記号・番号	日	交通事故等の第三者行為		有 ・ 無	
①療養を受けた被 保険者名	住所				
	氏名				
	生年月日	年	月	日	生
	世帯主との続柄		男 ・ 女		
	個人番号				
②自己負担区分	現役並み所得者 ( I ・ II ・ III ) ・ 一般 ・ 低所得者II ・ 低所得者I				
③他の制度により自己負担相当額又はそ の一部の支給を受けられるか否か		受けられる (制度名— ) (費用徴収の有・無) 受けられない			
療養を受けた期間	傷病名	病院等の名称及び所在地		療養に対し病院等 に支払った額	
日～ 日				円	
日～ 日				円	
日～ 日				円	
日～ 日				円	
日～ 日				円	
日～ 日				円	
日～ 日				円	
⑧ 備 考					
<p>上記のとおり申請します。高額療養費支給要件の決定のために必要があるときは、私の世帯の市町村民税の課税状況について、税務関係課に報告を求めることに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">世帯主 住 所 氏 名 個人番号</p> <p style="text-align: right;">日高町長 様</p>					
<p style="text-align: center;">委 任 状</p> <p>私は次の者を代理人と定め、医療費の受領に関する権限を委任します。</p> <p>世帯主 氏 名 _____ (印)</p> <p>代理人 住 所 _____</p> <p>氏 名 _____ (印) 世帯主との関係 _____</p>					

注) この様式により難いときは、この様式に準ずる別の様式を用いることができる。