

記入例

医療費が高額にかかった方について、受診した月ごとに作成してください。
※月の中で複数回、医療費が高額にかかった場合は、その回数分作成してください。

(年 月分)

(年 月分)

さいたま市大宮区

国民健康保険 市区町村長 殿

「同意書兼委任状」に記載した市区町村をご記入ください。

受診された方についてご記入ください。
受診された方が世帯主（被保険者）の場合、続柄の記入は不要です。

傷病名		診療報酬明細書のとおりに記載してください。					
医療機関等	名称	診療報酬明細書のとおりに記載してください。					
	所在地	診療報酬明細書のとおりに記載してください。					
療養を受けた期間		(日間)		(日間)		(日間)	
支払った自己負担額							
他の公的制度により自己負担相当額等の支給を受けることができるか。		☐ 受けられる (制度名)		☐ 受けられる (制度名)		☐ 受けられる (制度名)	
		☐ 受けられない		☐ 受けられない		☐ 受けられない	
今回の申請の診療月以前に三回以上高額療養費の支給を受けた場合(請求中のものも含む)		診療月					

上記のとおり申請します。

(フリガナ)

(申請者) 氏 名 :

生 年 月 日 :

国民健康保険の記号・番号 :

キョウカイ タロウ

協会 太郎

昭和51年1月22日

123

456

「同意書兼委任状」に記載した世帯主（被保険者）および記号・番号をご記入ください。