

**国民健康保険高額療養費支給申請書
(福祉医療受給世帯用)**

① 被保険者証の記号番号	奈17	⋮
② 療養を受けた被保険者の氏名・生年月日	レセプト記載のとおり	
③ 一般・退職者の区分	<input type="checkbox"/> 一般被保険者 <input type="checkbox"/> 退職被保険者(本人・被扶養者)	
④ 傷病名	レセプト記載のとおり	
⑤ 療養を受けた病院等の所在地及び名称	レセプト記載のとおり	
⑥ 療養の期間	レセプト記載のとおり	
⑦ 受けた療養に対し病院等で支払った額	レセプト記載のとおり	

磯城郡川西町長 様

上記のとおり、申請します。

年 月 日

(世帯主) 氏名 (下段に一括署名)

委任状

上記申請により国民健康保険から給付を受ける金額の受領を磯城郡川西町長に委任します。

なお、申請と受領委任にあたり、以下のことを確認し、同意します。

- ・ この申請書は、高額療養費を、福祉医療費が一旦立て替えた高額療養費に充当する場合に使用します。
- ・ 充当してもなお高額療養費の支給額があり、支給をうける場合は、別途、申請して受領します。
- ・ 本書の有効期間は、 年 月 診療分までです。
- ・ 福祉医療助成金額の確認のため、福祉医療費自己負担額支払明細書の情報を使用することに同意します。

磯城郡川西町長 様

年 月 日

住 所:

世帯主氏名:

備考