

国民健康保険 高額療養費支給申請書

被保険者番号								年		月診療分	
No.	療養を受けた被保険者氏名 総医療費（１０割負担分）	生年月日 入院・外来	医療機関等	名称 所在地	医療費助成等 傷病名	療養期間	受診者の個人番号 （マイナンバー）				
①						日間					
②						日間					
③						日間					
④						日間					
⑤						日間					
⑥						日間					

他 件あり

《申請者記入欄》

振込先 金融機関	銀行コード		支店コード		預金種別		口座番号（右詰めで記入）									
					① 普通											
	銀行 信金 信組 農協		本店 支店 出張所		② 当座 ④ 貯蓄	口座名義人 (カタカナ) (で記入)										
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。				個人番号 (マイナンバー)				-					-			
なお、高額療養費の申請にあたり、領収書を添付しない場合、 来の高額療養費の審査を含む）において、私の世帯の被保険者が受診した全ての医療機関等での一部負担金の支払い状況を調査されることについて 異議ありません。 また、高額療養費中に私の世帯の被保険者が医療費助成制度で助成を受けた額が含まれている場合、あらかじめその額を差し引いて支給されること 及び、その差し引かれた額を医療費助成額の返還に充てることに同意します。差し引かれずに支給された場合には、神戸市の返還に応じます。						の診療年月の高額療養費の審査（自動振込を辞退しない場合は将 来の高額療養費の審査を含む）において、私の世帯の被保険者が受診した全ての医療機関等での一部負担金の支払い状況を調査されることについて 異議ありません。 また、高額療養費中に私の世帯の被保険者が医療費助成制度で助成を受けた額が含まれている場合、あらかじめその額を差し引いて支給されること 及び、その差し引かれた額を医療費助成額の返還に充てることに同意します。差し引かれずに支給された場合には、神戸市の返還に応じます。										
年 月 日 住所 神戸市 区 世帯主 氏名 _____ 電話（ ） - _____																

注：未納保険料がある方については、給付を差し止めることがあります。必ず保険料を完納の上、高額療養費の申請をしてください。

《神戸市記入欄》

多数回該当状況	年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
高額療養費支給決定額	不支給理由											整理番号	
円													
備考													

起案日：		決裁日：		
公開の状況：非公開		課長	係長	係
	保存 5 年			
国民健康保険法第 57 条の 2 に基づき、支給決定してよろしいか。				

受付日付印

委任状

日

委任者 (世帯主)	住 所		
	氏 名		
	電話番号		
受任者 (口座名義人)	住 所		
	氏 名		
	電話番号		

受領申立書(確約書)

日

申立人 (相続人)	被相続人との続柄		
	住 所		
	氏 名		
	電話番号		

世帯主 (被相続人)	被保険者番号							
	住 所							
	氏 名							
	死亡年月日							

日

氏名：

本人確認欄	確認書類欄
・ 運転免許証 ・ 旅券（パスポート） ・ マイナンバーカード ・ （ ）	

「国民健康保険 高額療養費支給申請書」の記入方法

国民健康保険 高額療養費支給申請書

被保険者番号		診療分	
No.	療養を受けた被保険者氏名 総医療費（10割負担分）	生年月日 入院・外来	医療機関等 名称 所在地
①			医療費助成等 傷病名
②			療養期間 受診者の個人番号 (マイナンバー)
③			日間 1234-5678-9012
④			日間 1234-5678-9012
			日間 1234-5678-9012
			日間 1234-5678-9012
			日間 1234-5678-9012
			日間 1234-5678-9012

受診者のマイナンバーを記入してください。亡くなられた場合は不要です。

ゆうちょ銀行を希望される方は下の(3)※印をご覧ください。

預金種別を○で記入ください。

口座名義どおりにカタカナで記入してください。

《申請者記入欄》

振込先 金融機関	銀行コード	支店コード	預金種別	口座番号(右詰め)
△ △ △ △	△ △ △	△ △ △	① 普通 ② 当座 ③ 定期 ④ 貯蓄	1 2 3 4 5 6 7
銀行	信金	信組	本店	口座名義人 (カタカナで記入)
信用	信協	支店	出張所	コウヘ
協同				タロウ

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。

個人番号(マイナンバー) 1 2 3 4 - 5 6 7 8 - 9 0 1 2

なお、高額療養費の申請にあたり、領収書を添付しない場合、
来の高額療養費の審査を含む)において、私の世帯の被保険者が受診した全ての医療機関等での一部負担金の支払い状況を調査され、
異議ありません。
また、高額療養費中に私の世帯の被保険者が医療費助成制度で助成を受けた額が含まれている場合、あらかじめその額を差し引いて
及び、その差し引かれた額を医療費助成額の返還に充てることに同意します。差し引かれずに支給された場合には、神戸市の返還に
ます。

× 年 × 月 × 日

住所 神戸市 中央 区 加納町 6-5-1

世帯主 氏名 神戸 太郎

電話 (078) ×××-××××

世帯主のマイナンバーを記入してください。

世帯主の住所・氏名を記入してください。

《神戸市記入欄》

多数回該当状況	年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
高額療養費支給決定額	不支給理由										
円											
備考											

起案日: 公開の状況: 非公開 保存: 5年

国民健康保険法第57条の2に基づき、支給決定によるしいか。

決裁日: 課長 係長 係

受付日付印

- (1) 記載している被保険者番号と診療内容に間違いが無いかをご確認ください。
- (2) 《申請者記入欄》内の必要項目をご記入ください。ご記入は黒のボールペンでお願いします。
※「消せるボールペン」は使用しないでください。
※世帯主死亡により相続人が申請する場合は、振込先の世帯主欄は相続人氏名等をご記入ください。また、左ページ下段の「受領申立書(確約書)」の記入と、相続関係が分かる添付書類等及び本人確認書類の提出が必要です。
※成年後見人が世帯主に代わって申請される場合は、登記事項証明書(3カ月以内)あるいは家庭裁判所の審判書及び本人確認書類の添付が必要です。
- (3) 振込先金融機関は世帯主名義の口座情報を記入してください。
※ゆうちょ銀行を希望される場合で支店・口座番号がわからない方は、通帳見開き下部の支店・口座番号を記入してください。銀行コードは記入不要です。
※世帯主名義以外の口座に振込みを希望される場合には、左ページ上段の「委任状」に記入が必要です。
- (4) 個人番号欄にはマイナンバーを記入してください。
- (5) 訂正箇所は二重線で消して、訂正してください。修正テープなどは使用しないでください。