様式第9号（第19条の2関係）

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者の記号・番号	岡10－

診療年月日	年　　月診療分

被保険者氏名 生年月日 世帯主との続柄 個人番号	病院・診療所・薬局等の名称 所在地 保険種別	負担割合	入外	療養を受けた期間 傷病名 費用額	窓口支払額

多数該当	世帯合算	世帯課税

自己負担限度額	
支給額	

上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。なお、再審査等により医療費に変更が生じた場合は支給額を調整することを承認します。

令和　　年　　月　　日

岡山県新見市長　殿

住　　所

世帯主名　　印

個人番号

電話番号

振込指定金融機関	名称		支店・支所	
	種別	普通 ・ 当座	フリガナ	
	口座番号		口座名義人	

※高額療養費の受領方を委任する場合は、下記「受領委任記入欄」に記入してください。

受領委任記入欄		
	上記、高額療養費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。 令和　　年　　月　　日 住　　所 世帯主名　　印	
	代理人	住　　所 氏　　名　　印

！交通事故が原因で国保を使うときは、示談の前に届出を！