

受付印

70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ
70歳以上	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ

多	()・回目
滞	有・無

身元確認	番号確認
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 職

鳥取市国民健康保険高額療養費支給申請書
(年 月 診療分)

①被保険者番号	33 - 123456	支給決定額	円
②被保険者の氏名	鳥取 太郎	鳥取 花子	鳥取 花子
③被保険者の生年月日	〇〇 年 〇 月 〇 日	〇〇 年 〇 月 〇 日	〇〇 年 〇 月 〇 日
④被保険者の個人番号	1234 - 1234 - 1234	1234 - 1234 - 1234	1234 - 1234 - 1234
⑤療養を受けた病院 診療書薬局等の 名称及び所在地	名称 △△総合病院 所在地 鳥取市▲▲町▲-▲	◇◇医院 鳥取市◆◆-◆	□□薬局 鳥取市□□-□
⑤の病院等で ⑥療養を受けた期間	年 月 日から 日 日 日 日間 医科(入院・外来) 歯科(入院・外来)	年 月 日から 日 日 日 日間 医科(入院・外来) 歯科(入院・外来)	年 月 日から 日 日 日 日間 医科(入院・外来) 歯科(入院・外来)
⑥の期間に受けた ⑦治療に対し病院等 で支払った額	円	円	円
⑧特別医療・療養費・第三者行為 (交通事故等)の有無	特別医療・療養費・第三者	特別医療・療養費・第三者	特別医療・療養費・第三者
⑨備考			

上記のとおり申請します。
〇 年 〇 月 〇 日

世帯主 住 所 鳥取市 ◇◇町〇丁目〇-〇

世帯主氏名 鳥取 太郎 印 (署名又は記名押印)

個人番号 1234 — 1234 — 1234

電 話 (××× — ××× — ×××)

鳥取市長 様

委任状

甲は、鳥取市から支給される高額療養費の受領の権限を、乙に委任する。

甲(世帯主) 住所 鳥取市 ◇◇町〇丁目〇-〇

氏名 鳥取 太郎 印 (署名又は記名押印)

乙(受任者) 住所 鳥取市◇◇町〇丁目〇-〇

氏名 鳥取 花子

口座振込依頼書

☐ 公金受取口座を利用します。(利用する者は口座情報の記入不要)

☒ 下記の口座に振り込み願います。

世帯主又は受任者 氏名 鳥取 花子

銀行 金庫 協同組合 ()	△▲	本店 支店 出張所 ()	普通 当座 ()	口座番号 0123456
口座名義人	(カタカナ) トトリ ハナコ			

太枠内をご記入ください。(委任状欄は、世帯主以外の口座に振込を希望する場合にのみ、記入してください。)