

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

受付	身元確認 □ 口本 口職	番号確認
----	-----------------------	------

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	○○年○月○日	○○年○月○日	○○年○月○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	◇◇医院	□□薬局
	所在地	鳥取市▲▲町▲-▲	鳥取市◆◆-◆	鳥取市□□-□
⑥の病院等で 療養を受けた期間	年 月 日から 日まで 日間	年 月 日から 日まで 日間	年 月 日から 日まで 日間	
医科(入院・外来) 歯科(入院・外来)	医科(入院・外来) 歯科(入院・外来)	医科(入院・外来) 歯科(入院・外来)		
⑦の期間に受けた 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。

○ 年 ○ 月 ○ 日

世帯主 住 所 鳥取市 ◇◇町○丁目○-○
世帯主氏名 鳥取 太郎 ㊞ (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。

世帯主以外の口座での受け取りを希望される場合は、委任状欄の記載が必要です。

甲(世帯主) 住所 鳥取市 ◇◇町○丁目○-○

㊞ (署名又は記名押印)

氏名 鳥取 太郎

乙(受任者) 住所 鳥取市◇◇町○丁目○-○

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)	トツリ 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。)