

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	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 -	支給決定額	円
② 被保険者の氏名			
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	- -	- -	- -
⑤ 療養を受けた病院 診療所薬局等の 名称及び所在地	名称		
	所在地		
⑥ ⑤の病院等で 療養を受けた期間	年 月 日から 日 月 日まで 日間	年 月 日から 日 月 日まで 日間	年 月 日から 日 月 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 ⑥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			

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。)

上記のとおり申請します。

年 月 日

世帯主 住所 鳥取市 _____

世帯主氏名 _____

個人番号 _____

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 _____

氏名 _____ ㊟ (署名又は記名押印)

乙(受任者) 住所 _____

氏名 _____

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 _____

銀行 金庫 協同組合 ()	本店 支店 出張所 ()	普通 当座 ()	口座番号
口座名義人			(カタカナ)