

受 付 印

70歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ	多	()・回目	受付	身元確認 <input type="checkbox"/>	番号確認 <input type="checkbox"/> 本 <input type="checkbox"/> 職
70歳以上	現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ	滞	有・無			

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		
⑤の病院等で ⑥療養を受けた期間	年 月 日から 日 日 日間 医科(入院・外来) 歯科(入院・外来)	年 月 日から 日 日 日間 医科(入院・外来) 歯科(入院・外来)	年 月 日から 日 日 日間 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

世帯主氏名 (印) (署名又は記名押印)

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 (印) (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)	

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。)