

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"/> 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				
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

世帯主氏名

㊞ (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

㊞ (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。)