

国民健康保険 高額療養費支給申請書

被保険者証番号		診療分					
No.	療養を受けた被保険者氏名 総医療費（10割負担分）	生年月日 入院・外欠	医療機関等	名称 所在地	福祉医療等 傷病名	療養期間	受診者の個人番号 (マイナンバー)
①						日間	
②						日間	
③						日間	
④						日間	
⑤						日間	
⑥						日間	

他 件あり

《申請者記入欄》

振込先 金融機関	銀行コード		支店コード		預金種別	口座番号（右詰めで記入）														
					① 普通 ② 当座 ④ 貯蓄	口座名義人 (カタカナ で記入)														
上記のとおり、高額療養費の支給を申請します。					個人番号 (マイナンバー)															
<p>なお、高額療養費の申請にあたり、領収書を添付しない場合、の診療年月の高額療養費の審査（自動振込を辞退しない場合は将来の高額療養費の審査を含む）において、私の世帯の被保険者が受診した全ての医療機関等での一部負担金の支払い状況を調査されることについて異議ありません。</p> <p>また、高額療養費中に私の世帯の被保険者が福祉医療で助成を受けた額が含まれている場合、あらかじめその額を差し引いて支給されること及び、その差し引かれた額を福祉医療費助成額の返還に充てることに同意します。差し引かれずに支給された場合には、神戸市の返還に応じます。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 神戸市 区</p> <p style="text-align: center;">世帯主 氏名</p> <p style="text-align: center;">電話 () -</p> <p style="text-align: right;">神戸市 区長宛</p>																				

注：未納保険料がある方については、給付を差し止めることがあります。必ず保険料を完納の上、高額療養費の申請をしてください。

《神戸市記入欄》

多数回該当状況	年月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
高額療養費支給決定額	不支給理由												整理番号
円													
備考													

起案日：	決裁日：			
公開の状況：非公開	課長	係長	係	
	保存 5年			
国民健康保険法第57条の2に基づき、支給決定してよろしいか。				

受付日付印

国民健康保険 高額

受診者のマイナンバーを記入してください。亡くなられた場合は不要です。

被保険者証番号					月 診療分
No.	療養を受けた被保険者氏名	生年月日	医療機関等	所在地	受診者の個人番号 (マイナンバー)
①	経路療養費 入院・外来	年 月 日			日間
②		年 月 日			日間
③		年 月 日			日間

ゆうちょ銀行を希望される方は下の(2)※印をご覧ください。

預金種別を○でご記入ください。

口座名義どおりにカタカナで記入してください。

振込先金融機関	銀行コード	支店コード	預金種別	口座名義人 (カタカナで記入)	申請する診療年月を記入してください。
郵便貯金			① 普通 ② 当座 ③ 貯蓄		年 月
銀行		本店 支店 出張所			
信用金庫					
協同					

世帯主名義の口座情報を記入してください。それ以外の方の口座に振り込む場合は委任状が必要です。

世帯主の住所・氏名を記入してください。

住所 神戸市 区

氏名

電話 () -

確約書ご記入の場合は申立人の住所・氏名を、成年後見人等による申請の場合は成年後見人等の住所・氏名をご記入ください。

4	5	6	7	8	9	10	11	12	整理番号

記案日: 申請日: 公費の状況: 非公費 (神戸市情報公開条例第10条第1号) に該当
分類17・04・02・03 保存5年
国民健康保険法第57条の2に基づき、支給決定してよろしいが、

課長 係長 係

受付日付印

- 「申請者記入欄」内の必須項目をご記入ください。ご記入は黒のボールペンをお願いします。

 - ※「消せるボールペン」は使用しないでください。
 - ※世帯主死亡により相続人が申請する場合は、振込先と世帯主欄は相続人氏名等を記入してください。また、「受領委任状(確約書)」の記入と、相続関係がわかる添付書類及び本人確認書類の提出が必要です。
 - ※成年後見人が世帯主に代わって申請される場合は、登記事項証明書(概ね3ヶ月以内)あるいは家庭裁判所の審判書及び本人確認書類の添付が必要です。
- 振込先金融機関は世帯主名義の口座情報を記入してください。

 - ※ゆうちょ銀行を希望される場合で支店・口座番号がわからない方は、通帳見開き下部の支店・口座番号を記入してください。銀行コードは記入不要です。
 - ※世帯主名義以外の口座に振り込みを希望される場合には、「委任状」が必要です。
- 個人番号欄にはマイナンバーを記入してください。
- 訂正箇所は二重線で消して、訂正してください。修正テープなどは使用しないでください。
- 資格証明書を交付されている方は郵送申請することができません。詳細はホームページをご覧ください。

世帯主名義以外の口座に振り込む場合

委任状

神戸市 区長宛

年 月 日

高額療養費の受領を下記の者へ委任します。なお、振込先については申請書のとおりです。

委任者 (世帯主)	住 所		
	氏 名		
	電話番号		
受任者 (口座名義人)	住 所		
	氏 名		
	電話番号		

※委任者(世帯主)の本人確認書類の写しを添付してください。

世帯主が死亡し、相続人が申請する場合

受領申立書(確約書)

神戸市 区長宛

年 月 日

申立人 (相続人)	被相続人との続柄		
	住 所		
	氏 名		
	電話番号		

下記世帯主(被相続人)の死亡に伴い、高額療養費の申請及び受領を上記申立人(相続人)が行うものであることを申し立てます。

他の相続人等から異議の申し出があったときは、私の責任において解決し、神戸市国民健康保険に一切の迷惑をかけないことを確約します。

なお、振込先については裏面の申請書のとおりです。

世帯主 (被相続人)	被保険者証番号								
	住 所								
	氏 名								
	死亡年月日								

<相続人と被相続人の関係の確認について>

①被相続人と住民票上で別世帯の場合、相続人と被相続人の関係が分かるもの(戸籍謄本等)と本人確認書類(※)を添付してください。

②被相続人と住民票上で同一世帯の場合、以下の同意と本人確認書類(※)をいただければ、戸籍謄本等は不要です。

上記被相続人と私の関係について、神戸市国民健康保険が住民票により確認することに同意します。 住所:(上記申立人の住所と同じ) 氏名: _____	年 月 日
--	-------

(※) <申立人の本人確認書類> (郵送の場合は、写しを提出してください。)

・運転免許証、マイナンバーカード(表面のみ)、旅券(パスポート)等、官公署発行の顔写真付きの証明書

<神戸市記入欄>

本人確認欄	確認書類欄
・運転免許証 ・旅券(パスポート) ・マイナンバーカード ・()	