様式第1号(第4条関係)　　申請日

国民健康保険高額療養費支給申請書兼受領委任承認申請書

(宛先)金沢市長

次のとおり高額療養費の支給を申請します。なお、既に給付された公費負担額(障害者医療費助成等)のうち、今回申請する高額療養費に該当する部分がある場合は、その受領を金沢市(公費負担者)に委任します。また、高額療養費の受領に関する権限を次の保険医療機関等に委任したいので承認してください。加えて、高額療養費受領委任承認書を次の保険医療機関等に送付することに同意します。

世帯主	被保険者記号番号												
	住所												
	氏名	(署名又は記名押印)				電話							
	個人番号												
受診者	氏名			診療年月	令和　年　月			入外	入院・外来				
	個人番号												
保険医療機関又は保険薬局の名称													
傷病名				一部負担金									

様式第2号(第4条関係)

委任状

(宛先)金沢市長

高額療養費の受領に関する権限を次の者に委任します。

委任者(世帯主)	住所	同上	氏名	(署名又は記名押印)			
受任者(保険医療機関又は保険薬局)	所在地						
	名称						
	代表者名	(署名又は記名押印)					
	振込先	金融機関名	支店名	種別	口座番号		
				普・当			
		口座名義(カタカナで記入してください。)					

医療機関コード	区分	回数	保険点数	自己負担額	支給決定額
	ア・イ・ウ・エ・オ(　　)	1・2・3・多			

合算	合算医療機関	合算一部負担金	レセプト審査
有　無			資格過誤　申出返戻　不正限度　点数不足　月遅れ

認定証	ア・イ・ウ・エ・オ・減・境・現Ⅰ・現Ⅱ・Ⅰ・Ⅱ　年　月　日　交付	納付相談	要・済・不要

確認											
	番号	個人　通知　住民　端末	代理	法定　委任　本人	第三者	該当　非該当	備考		担当印	
	本人	個人　免許　旅券　手帳　在留(　　)/保険　介護　年金(　　)								