

(様式第1号)

高額療養費委任払申請書

令和 年 月 日

益 田 市 長 殿

申請者	住 所	益田市				
	世帯主氏名		被保険者 番 号		世帯構成 人 員	人
高額療養費に相当する医療費の支払いが真に困難であることの理由				受診者 氏 名		
				就労者 氏 名		

上記のとおりですので、高額療養費委任払い方式の適用について認定して下さいよう申請いたします。

同 意 書

被保険者 にかかるとして 月診療分益田市国民健康保険高額療養費の受領の権限を委任したいとの申し出があったので、これに同意いたします。

令和 年 月 日

療養取扱機関 住所
(開設者)

氏名

電話

担当者

医療費総額 一金

円也 (点)

益 田 市 長 殿