

(様式第 2 号)

契 約 書

(以下「甲」という。) と、
(以下「乙」という。) とは、次のとおり

契約する。

乙は、九重町から支給される被保険者
年 月 診療分高額療養費 金 に係る
病院分に限る。) の受領の権限を甲に委任する。 円(ただし、

年 月 日

甲 (診療取扱機関) 住所
氏名 印

乙 (世帯主) 住所
氏名 印

上記のとおり、契約したので提出します。

九重町長 殿

参 考

銀 行 名	
口 座 の 種 類	
口 座 番 号	
預 金 者 氏 名	

同意書

に係る 月診療分九重町国民健康保険高額医療費の受領を受任することに同意いたします。

年 月 日

療養取扱機関 住所
氏名
電話

担当者 印

医療費総額 金 円 (点)

九重町長 殿

高額療養費委任払申請書

年 月 日

九重町長 殿

下記のとおり、高額療養費委任払制度の適用について認定下さるよう申請します。

申請者	住所				
	世帯主氏名	印	被保険者番号	世帯構成	人
高額療養費に相当する医療費の支払が困難である理由			受診者氏名		