

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

枚中 枚目

| | | | | | | | | | |
|-------------|--------------|------------|-------|----------|--|------|----|---------|--|
| 被保険者記号・番号 | | 申請者（世帯主）氏名 | | 診療年月 | | 課税区分 | | 所得区分 | |
| | | | | 年 月 | | | | | |
| 交通事故等の第三者行為 | | | 有 ・ 無 | | | | | | |
| 請求年月 | 療養を受けた被保険者氏名 | 生年月日 | | 医療機関等名 | | 入外 | 日数 | 総医療費 | |
| | | 個人番号 | | 医療機関等所在地 | | | | 被保険者負担額 | |
| | | 傷病名 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 貸付額 | | 支給済額 | | 被保険者負担額 | | 限度額 | | 支給額 | |
| 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |

| | | | |
|--------------|--|----------------|-------|
| 上記のとおり申請します。 | | 〇〇市長 〇〇 〇〇様 | 年 月 日 |
| 住所 _____ | | | |
| 申請者（世帯主） | | 個人番号 | _____ |
| 氏名 | | 電話番号 | _____ |

| | | | | | | | | |
|------|---|----------------------------|-------|--|-----------------|--|-------|--|
| 受取口座 | <input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 | | | | | | | |
| 1:現金 | 金融機関コード | | 支店コード | | 種目 | | 口座名義人 | |
| | 金融機関名 | 銀行 信用金庫 信用組合 協同組合 | 支店名 | | 1. 普通(総合) 2. 当座 | | フリガナ | |
| 口座番号 | | | | | 氏名 | | | |
| 2:振込 | | | | | | | | |

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

| | | |
|--------------------------------|--|-------|
| 委任状 | | 年 月 日 |
| 国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。 | | |
| 世帯主氏名 (申請者) _____ | | |
| 代理人住所 _____ | | |
| 代理人氏名 _____ 個人番号 _____ | | |