国民健康保険高額療養費支給申請書

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

交通事故等の第三者行為	有・無	

療養を受けた被保険者氏名	生年月日 個人番号	医療機関等名 医療機関等所在地	入外	日数	総医療費 被保険者負担額
	傷病名				

	限度額	支給額
	円	円

年　　月　　日

上記のとおり申請します。

住所
氏名
申請者(世帯主)　　個人番号
電話番号

受取口座	
	1口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で登録している方に限ります。 1口振込口座を指定する。

		コード	名称	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	金融機関			口座名義人	
	支店			口座番号	
	口座種別				

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