

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

(宛先) 三重県桑名市長

年 月 日

上記のとおり申請します。

住所 _____

申請者（世帯主） 氏名 _____ 個人番号 _____

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	
2:振込				口座番号	氏名	

今後、高額療養費に該当した場合、本申請書の内容を基に支給します。支給申請は不要となります。
 (ただし、世帯構成などに変更があった場合はその限りではありません。)

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 _____