

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					
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						
				限度額		支給額	
				円		円	
上記のとおり申請します。				大和高田市長 堀内 大造 殿		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  2：振込		コード	名称	フリガナ			
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	口座名義人			
	支店			口座番号			
	口座種別	普通・当座・その他（ ）					

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 \_\_\_\_\_