

# 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		
大和高田市長				年 月 日			
上記のとおり申請します。 堀内 大造 殿							
住所 _____							
申請者（世帯主） 氏名 _____		個人番号 _____					
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		コード	名称	アリガナ 口座名義人			
		金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合				
2：振込		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 \_\_\_\_\_