

国民健康保険高額療養費支給申請書兼請求書

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	医療機関等名称	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。		(宛先) 桜井市長		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で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	金融機関コード	支店コード	種目		口座名義人	
	金融機関名	支店名	1 普通（統合）2 当座		フリガナ	
			口座番号		氏名	
ゆうちょ銀行の場合 記号番号（右づめ）			-		1	

世帯主以外の方が受領する場合は、委任状を記入してください。

委任状

年 月 日

高額療養費に関する受領を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 _____

※個人番号は公金受取口座を利用する場合のみ記入してください。