

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			
請求年月	療養を受けた被保険者氏名	生年月日	医療機関名		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					
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
能代市長 鍋谷 暁 様 年 月 日							
上記のとおり申請いたします。							
住所 _____							
申請者（世帯主）				電話番号 _____			
氏名 _____				個人番号 _____			
受取口座	☐ 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。						
2:振込	金融機関コード			支店コード			口座名義人
	金融機関名	銀行		支店名	1. 普通（総合） 2. 当座		フリガナ
		信用金庫			口座番号		氏名
		信用組合					
		協同組合					

申請者（世帯主）の被保険者番号・氏名・診療を受けた月を記入してください。

診療を受けた方の氏名・生年月日・個人番号を記入してください。

申請者（世帯主）の住所・氏名・電話番号・個人番号を記入してください。

どちらかにチェックを入れてください。

振り込みを希望する口座を記入してください。

下記の欄は申請者（世帯主）と異なる名義の口座に振り込む場合に記入してください。

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
国民健康保険給付等に関する受領を下記の代理人に委任します。

申請者（世帯主）の氏名を記入してください。

世帯主氏名 _____
（申請者）

代理人住所 _____
代理人氏名 _____ 個人番号 _____

受取代理人の住所・氏名・個人番号を記入してください。