

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	
				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	

小松市長
宮橋 勝栄 様

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

年 月 日

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。 ☐ 振込口座を指定する。							
	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		
				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