

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	

日田市長 殿 年 月 日

上記のとおり申請します

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。
----------	---

金融機関 コード	支店 コード	種目	口座名義人	
			フリガナ	氏名
金融 機関名	銀行 信用金庫 信用組合 共同組合	支店名	1. 普通(総合) 2. 当座	
			口座番号	
			氏名	

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 _____