

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 |          |                 |      |       |         |  |
| 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       |  |
| 愛知県瀬戸市長<br>川本 雅之 様      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）。<br>※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。<br><input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。 |                            |                 |          |                 |      |       |         |  |
| 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                                                                                                                                 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>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    |         |  |
|                                         |                                                                                                                                       |                            |                 |          |                 |      |       |         |  |

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 \_\_\_\_\_