

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者記号番号					
診療を受けた被保険者の氏名及び生年月日(世帯主との続柄)	資格区分	診療を受けた医療機関等の名称・所在地	診療を受けた期間	傷病名(第三者行為有無)	
				窓口支払金額	備考
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
世帯自己負担限度額区分		70歳以上自己負担限度額区分		診療年月以前1年間高額該当3ヵ月以上の直近診療年月	診療分診療分診療分
上記のとおり申請します。 年 月 日					
世帯主 住所 _____ 氏 名 _____ 個人番号 _____ 電話番号 () - _____					
高額療養費支給申請額		特記事項			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座への振込を希望します。※左記に✓をつけた場合、下記の振込先指定口座の記入は不要です。					
金融機関	コード		コード		
	金融機関名称		支店名称		
口座種別			口座番号		
口座名義人名(カタカナ)					
※世帯主以外の方の口座に振込を希望される場合は、次の受取委任の欄に記入してください。					
年 月 日					
本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。					
世帯主 住所 _____		氏名 _____ 印			
代理人 住所 _____		氏名 _____			
備考					