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
	国保　太郎	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 / 個人番号	医療機関名 / 医療機関等所在地	入外	日数	総医療費 / 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

四万十市長　様　　令和 **8** 年 **2** 月 **24** 日

上記のとおり申請します。

住所 **四万十市中村大橋通4丁目10番地**

申請者（世帯主）

氏名 **国保　太郎**　　個人番号 **0000 0000 0000**

電話番号 **000-0000-0000**

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
1:現金					(1.) 普通(総合)　2.当座	ﾌﾘｶﾞﾅ **コクホ　タロウ**
(2:)振込	金融機関名	**四国**　(銀行)　信用金庫　信用組合　協同組合	支店名	**中村支店**	口座番号 **1 1 1 1 1 1 1**	氏名 **国保　太郎**

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＿＿＿＿＿＿＿＿