

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							
			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							
					限度額		支給額			
					円		円			
柏原市長 富宅 正浩 様 年 月 日										
上記の通り申請します。										
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。									
1.現金  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 信用金庫信 用組合 協同組合	支店名		1.普通 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 \_\_\_\_\_