

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
				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） 氏名 _____		個人番号 _____				
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 _____