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 個人番号 傷病名	医療機関等名 医療機関等所在地	入外	日数	総医療費 被保険者負担額

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

田村市長　様

年　　月　　日

上記のとおり申請します。

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者(世帯主)
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受取口座	~~□ 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。

					種目	口座名義人	
1:現金	金融機関コード		支店コード		1.普通(総合) 2.当座	ﾌﾘｶﾞﾅ	
2:振込	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店名		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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿