

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

被保険者記号・番号										申請者（世帯主）氏名										診療年月										課税区分										枚中 枚目																																																																															
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										医療機関等名										入外										日数										総医療費																																																											
																				個人番号										医療機関所在地																														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																																																																															
七戸町長 様										年 月 日										上記のとおり申請します。																																																																																																			
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。 <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する。																																																																																																													
1:現金										金融機関コード										支店コード										種目										口座名義人																																																																															
2:振込										金融機関名										支店名										1. 普通(総合) 2. 当座										7桁ナ																																																																															
										銀行 信用金庫 信用組合 協同組合																				口座番号										氏名																																																																															

今後、高額療養費に該当した場合、本申請書の内容を基に支給します。支給申請は不要となります。
(ただし、世帯構成などに変更があった場合はその限りではありません。)

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