

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	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 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。

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

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 _____