

# 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	所得区分		
阿南 ・ ー		年 月				
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 被保険者負担額
		個人番号	医療機関等所在地			
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		

阿南市長 岩佐 義弘 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 \_\_\_\_\_

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。					
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(総合) 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 \_\_\_\_\_