

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	
				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		医療機関等所在地				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	
白河市長 年 月 日									
上記のとおり申請いたします。									
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。								
	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		口座番号		フリガナ		
					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に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主名 \_\_\_\_\_

(申請者) \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_