

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	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	
					フリガナ	
	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 _____