

**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	
島1				年 月	
交通事故等の第三者行為	有 · 無				
個人番号	療養を受けた被保険者氏名			入外	総医療費
	生年月日	傷病名			被保険者負担額
	医療機関等名			医療機関等所在地	
					円
	昭・平・令 年 月 日	診療報酬明細書のとおり			円
				診療報酬明細書のとおり	
					円
	昭・平・令 年 月 日	診療報酬明細書のとおり			円
				診療報酬明細書のとおり	
					円
	昭・平・令 年 月 日	診療報酬明細書のとおり			円
				診療報酬明細書のとおり	
					円
	昭・平・令 年 月 日	診療報酬明細書のとおり			円
				診療報酬明細書のとおり	
					円
	昭・平・令 年 月 日	診療報酬明細書のとおり			円
				診療報酬明細書のとおり	
					円
	昭・平・令 年 月 日	診療報酬明細書のとおり			円
				診療報酬明細書のとおり	

上記のとおり申請します。

年 月 日

福島県福島市長

馬場 雄基 様

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			
				1. 普通（総合） 2. 当座			フリガナ
2：振込	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			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・押印してください。

**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。

世帯主住所  
(申請者) \_\_\_\_\_

世帯主氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_