

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に				円				
						診療報酬明細書のとおりに					
							円				
	昭・平・令 年 月 日		診療報酬明細書のとおりに				円				
						診療報酬明細書のとおりに					
							円				
	昭・平・令 年 月 日		診療報酬明細書のとおりに				円				
						診療報酬明細書のとおりに					
							円				
	昭・平・令 年 月 日		診療報酬明細書のとおりに				円				
						診療報酬明細書のとおりに					
							円				
	昭・平・令 年 月 日		診療報酬明細書のとおりに				円				
						診療報酬明細書のとおりに					
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 _____