

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						
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	日数	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						
							日	円				
								円				
							日	円				
								円				
							日	円				
								円				
							日	円				
								円				
							日	円				
								円				
上記のとおり申請します。年 月 日												
福島市長												
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 _____