

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
					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)。 ※ご自分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	アリガナ
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 _____