

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

枚中 枚目

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	

会津美里町長 様		年 月 日	
上記のとおり申請します。			
住所 _____			
申請者（世帯主）		個人番号 _____	
氏名 _____		電話番号 _____	

受取 口座	☐ 口座振込 ☐ 直接払							
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	

今後、高額療養費に該当した場合、本申請書の内容を基に支給します。支給申請は不要となります。
(ただし、世帯構成などに変更があった場合はその限りではありません。)
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。

世帯主氏名 _____
(申請者)
代理人住所 _____
代理人氏名 _____ 個人番号 _____