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	課税区分	所得区分

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 / 個人番号	医療機関等名 / 医療機関等所在地	入外	日数	総医療費 / 被保険者負担額
			傷病名			
			傷病名			
			傷病名			
			傷病名			
			傷病名			
			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

福岡県朝倉市長
中島　秀樹 様

年　月　日

上記のとおり申請します。

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者（世帯主）
氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受取口座	
	□ 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。 □ 振込口座を指定する。

	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	ﾌﾘｶﾞﾅ	
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。

世帯主氏名（申請者） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿