

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 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	医療機関等名		入外	日数	総医療費 被保険者負担額
		個人番号	医療機関等所在地				
		傷病名					
貸付額		支給済額		被保険者負担額		限度額	
円		円		円		円	
福岡県大野城市長 殿							
上記のとおり申請します。						年 月 日	
住所 _____							
申請者（世帯主）				個人番号 _____			
氏名 _____				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。						
1:現金 2:振込	金融機関コード		支店コード		種目		口座名義人
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店名		1. 普通(総合) 2. 当座		フリガナ
					口座番号		氏名
							

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 _____