

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		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		支給額																															
円		円		円		円		円																															
沖縄県中頭郡北谷町長 渡久地 政志 様 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 _____																																							
<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">2:振込</td> <td>金融機関 コード</td> <td></td> <td>支店 コード</td> <td></td> <td colspan="2">種目</td> <td colspan="2">口座名義人</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">金融 機関名</td> <td rowspan="2">銀行 信用金庫 信用組合 協同組合</td> <td rowspan="2">支店名</td> <td rowspan="2"></td> <td colspan="2">1. 普通(総合) 2. 当座</td> <td>フリガナ</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">口座番号</td> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										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										
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																																

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 _____