国民健康保険　高額療養費　支給(請求)申請書

保険証番号	世帯主氏名	診療年月	課税区分	所得区分

療養を受けた被保険者氏名	生年月日 個人番号	性別	医療機関名	入外	総医療費 患者負担額

被保険者負担額	限度額	支給額

上記のとおり申請いたします。

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名（世帯主） ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

個人番号 ｜　　｜　　｜

電話番号 （　　）

※世帯主と口座名義人が異なる場合は、以下の委任状に署名・捺印をしてください。

委　任　状

私は下記人物を代理人と定め、高額療養費の受領に関する権限を委任します。

世帯主氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞　代理人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

世帯主住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿　代理人住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿

金融機関名	支店名	種目		口座名義人
		1. 普通(総合) 2. 当座	ﾌﾘｶﾞﾅ	
		口座番号	氏名	

第三者行為の有無	有 ・ 無	受　付　印
備考欄		