

国民健康保険 高額療養費支給申請書

下記のとおり、高額療養費の支給を申請します。**※消えるボールペンは使用しないでください。**

世帯主氏名		個人番号 (マイナンバー)													
生年月日	年	月	日	電話番号											
住所	見附市	町	丁目	番	号										
			番地												

国民健康保険 の被保険者番号 (<u>7桁</u>)															
国民健康保険の加入者	氏名	個人番号(マイナンバー)	生年月日												
			年 月 日												
			年 月 日												
			年 月 日												
			年 月 日												
			年 月 日												

※申請に来る際には、口座名義人の方の通帳をお持ちください。 (受付の際、写しを取らせていただきます。)

口座振替依頼欄	銀行名	銀行・信用金庫 農協・信用組合	支店 本店
	口座の種類	普通預金 当座預金	(該当に○)
	口座番号		
	(フリガナ)		
	口座名義人		

委任状 **※【世帯主以外の口座に振込む場合は、委任状が必要です。】**

支給される高額療養費の受領を下記の者に委任します。

令和 年 月 日

受任者 (口座名義人) 住所 _____
 氏名 _____ 委任者との続柄 ()

委任者 (世帯主) 氏名 _____ (※) (※) 自書以外は押印必要

医療費の未払い分はありますか？ (○をつけてください)	あり	・	なし
医療費の分割納付をされていますか？ (○をつけてください)	はい	・	いいえ