



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 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		

大阪府羽曳野市長
山入端 創 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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		
金融機関名	支店名	口座番号	1. 普通(総合) 2. 当座	フリガナ	氏名	
	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合					

* 本申請書の提出以降に発生した高額療養費は、本申請書を基に支給します。再度の支給申請は不要です。(世帯構成に変更があった場合はその限りではありません。)

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 _____

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____