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	課税区分	所得区分
		年　月		
交通事故等の第三者行為	有　・　無			

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
	個人番号	医療機関等所在地			被保険者負担額
	傷病名				

限度額	支給額
円	円

年　月　日

上記のとおり申請します。　　垂井町長　様

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。

	コード	名称	ﾌﾘｶﾞﾅ	
金融機関			口座名義人	
支店			口座番号	
口座種別	普通・当座・その他（　　）			

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