国民健康保険　高額療養費　支給申請書

被保険者記号・番号	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	充　当	有　・　無

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	日数	総医療費	患者負担額

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

上記のとおり申請いたします。　　令和　○　年　○　月　○　日

住　所　五所川原市字布屋町４１番地１

申請者氏名（世帯主）　五所　太郎

個人番号（マイナンバー）　1234 5678 9123

※公金受取口座を利用する場合は記入必須

電話番号　0173-35-2111

振込先情報				
	□　公金受取口座（事前にマイナンバーカードで登録した口座）を利用する　※世帯主へ振込の場合のみ利用可			
	☑　振込口座を指定する（下欄に口座情報をご記入ください）			
○　○　銀行（○） 信用金庫 農協	○　○　支店	種目 1. 普通（総合）2. 当座	口座名義人 ﾌﾘｶﾞﾅ　ゴショ　タロウ	
		口座番号 1234567	氏名　五所　太郎	