

# 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	性別	医療機関名	入外	日数	総医療費	患者負担額
	個人番号						

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。 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

申請者氏名 (世帯主) \_\_\_\_\_ 個人番号 (マイナンバー) \_\_\_\_\_

※公金受取口座を利用する場合は記入必須

電話番号 \_\_\_\_\_

振込先情報	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	口座名義人	
			1. 普通(総合) 2. 当座	フリガナ	
			口座番号	氏名	