

様式第15号（第17条関係）

國民健康保險 高額療養費 支給申請書(記載例)

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
丹〇〇〇-〇〇〇〇〇〇	京丹後 一郎	〇年 〇月	工		一般
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 京丹後 花子	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				
京丹後 花子	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇〇〇〇病院	外来	〇日	〇〇〇〇〇円
	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	京丹後市峰山町杉谷〇〇番地			〇〇〇〇〇円
	診療報酬明細書のとおり				
京丹後 花子	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇〇〇〇薬局	外来	〇日	〇〇〇〇〇円
	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	京丹後市峰山町杉谷〇〇番地			〇〇〇〇〇円
	診療報酬明細書のとおり				
京丹後 太郎	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇〇〇〇病院	外来	〇日	〇〇〇〇〇円
	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	京丹後市峰山町杉谷〇〇番地			〇〇〇〇〇円
	診療報酬明細書のとおり				
	診療報酬明細書のとおり				
	診療報酬明細書のとおり				
			限度額		支給額
				円	円

上記のとおり申請します。

住所 京丹後市峰山町杉谷889番地

申請者（世帯主） 個人番号 00000000000000
氏名 京丹後 一郎 電話番号 0772-69-1234

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 checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。						
	<input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。						
1：現金 2 振込	振込先	コード	名称	京都 金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	フリガナ	キョウタンゴ ハナコ
	金融機関	158	京都			口座名義人	京丹後 花子
	支店	361	峰山	普通・当座・その他（ ）	口座番号	1	2
	口座種別	普通・当座・その他（ ）				3	4
						5	6
						7	

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。

委任狀

○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） 京丹後 一郎

代理人住所 京丹後市峰山町杉谷889番地

代理人氏名 京丹後 花子 個人番号 00000000000000