

様式第15号（第17条関係）

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					
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					
	診療報酬明細書のとおり					
				限度額	支給額	
				円	円	

京丹後市長 様

年 月 日

上記のとおり申請します。

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。

1 : 現金 2 : 振込	振込先	コード	名称	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	フリガナ 口座名義人							
	金融機関											
	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