

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					
				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	<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 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	フリガナ					
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	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 _____									