

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 診療分

① 被保険者証記号・番号		琴浦	
② 療養を受けた方の氏名・生年月日		個人番号	
	年 月 日生		
	年 月 日生		
	年 月 日生		
	年 月 日生		
③ 給付対象医療費		円	
④ 療養を受けた医療機関等の名称			
⑤ 交通事故等の第三者行為		有・無	
⑥ 療養期間		年 月 日から 年 月 日まで 日間	
⑦ 療養に対して医療機関等に支払った金額		⑧ 世帯限度額	⑨ 支給申請額 (⑦-⑧)
円		円	円
⑩ 備考			
<p>上記のとおり高額療養費の支給を申請します。なお、支払いについては次の口座に振り込んでください。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者(世帯主) 氏名 印</p> <p>電話 ( )</p> <p>個人番号 <input type="text"/></p> <p>琴浦町長 様</p>			

振込先金融機関名			預金種目	
銀行 信用金庫		本店 (所)		1 普通
農協 信組 ( )		支店 (所)		
金融機関コード		出張所		2 当座
店番号				
口座番号 (右詰めでご記入ください。)		フリガナ		
		口座名義		
委任状 (申請者以外の口座に振り込む場合に記入が必要です)				
委任する事項		国民健康保険高額療養費の受領に関する一切の権限		
委任者		住所		委任年月日
(申請者)		氏名 印		年 月 日
受任者		住所		委任者との続柄
(口座名義人)		氏名 印		