

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				店番号		出張所		2 当座	
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							