国民健康保険　高額療養費　支給(請求)申請書

(　　診療分)　　枚中　　枚目

(宛先) 志摩市長　　年　　月　　日

保険証番号	世帯主氏名	課税区分	所得区分

療養を受けた被保険者氏名	生年月日 個人番号	性別	医療機関名	入外	総医療費 患者負担額	領収書確認
						済・未
						済・未
						済・未
						済・未
						済・未
						済・未
						済・未
						済・未
						済・未
						済・未
						済・未
						済・未

被保険者負担額	限度額	支給額
円	円	円

上記のとおり高額療養費の支給申請をいたします。支給決定額については下記の口座へ振込んでください。

住所

申請者氏名
(世帯主)　　印

個人番号

電話番号　(　　)

※世帯主と口座名義人が異なる場合は、以下の委任状に署名・捺印をしてください。

委　任　状

私は、高額療養費の受領に関する権限を下記口座名義人に委任します。

世帯主氏名　　印　世帯主個人番号

振　込　口　座

金融機関名	支店名	種目	口座名義人
銀　行 信用金庫 農協・信漁連	支店	1. 普通(総合) 2. 当座 口座番号	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名

第三者行為の有無	有　・　無	受　付　印
備考欄		