

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 日

日進市長 宛て

医療機関等への支払が済みましたので、次のとおり申請します。なお、口座名義人が申請者と異なるときは、その口座名義人に受領を委任します。

申請者（世帯主） 住 所 \_\_\_\_\_  
 氏 名 \_\_\_\_\_  
 個人番号 \_\_\_\_\_  
 電 話 \_\_\_\_\_  
 届 出 人 \_\_\_\_\_

被保険者記号・番号				診療年月			
療養を受けた被保険者			療養を受けた病院等				
氏名	個人番号	病院等の名称・所在地・療養期間	入院・外来	傷病名	一部負担金等の額 (公費負担医療に係る費用徴収の額)		
今回申請の診療月以前12か月の間に高額療養費の支給を3回以上受けたときは、その療養の年月(直近の3回)			年 月	年 月	年 月		
一部負担金等の合計額	負担限度額	貸付(受領委任)額	支給済額		支給予定額		

申請者（世帯主）の公金受取口座を利用します。

上記療養に関する第三者行為

有 ・ 無

登録口座への振込みを希望します。

振込口座を指定します。

登録口座		新規振込口座			
(振込先金融機関) 金融機関名 支店名		(振込先金融機関) 金融機関名 銀行 支店名 信用金庫 支店 農 協 出張所			
(口座種別) 普通・当座	(口座番号)	(口座種別) 普通・当座	(口座番号)		
(フリガナ)		(フリガナ)			
(口座名義人)		(口座名義人)			

※ 世帯主以外の口座に振り込みを希望し、かつ、世帯主以外の方が届け出る場合には、世帯主の本人確認書類を添付してください。