

国民健康保険 高額療養費 支給申請書									
被保険者番号		世帯主氏名		診療年月		課税区分		所得区分	
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		性別	医療機関名	入外	日数	総医療費 患者負担額		
	個 人 番 号								
支給済額		被保険者負担額		限度額		支給額			
円		円		円		円			
上記のとおり申請いたします。年 月 日									
住 所 _____									
申請者氏名 _____ 個人番号 _____									
(世帯主) _____ 電話番号 _____									
受取 口座	☐ 公金受取口座を利用する（下欄の口座情報の記入不要）。 ☐ 振込口座を指定する（下欄の口座情報を記入）。								
振込	銀 行 信用金庫 農 協 信用組合		支 店 支 所 出張所	種 目		口座名義人			
				1. 普通（総合）2. 当座		フリガナ			
				口座番号		氏名			
※世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名をしてください。 上記名義人口座への振込を了承します。世帯主氏名									

被保険者番号	世帯主氏名	診療年月	課税区分	所得区分
--------	-------	------	------	------

交通事故など相手のある傷病が含まれている場合は「有」、含まれていない場合は「無」に○を記入してください。

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	性別	医療機関名	入外	日数	総医療費
	個 人 番 号					患者負担額

左欄に記載の方の個人番号
(マイナンバー)を記入し
てください。

上の「診療年月」欄に記載されている月分の医療機関の領収書（原本）を添付してください。

※患者負担額と領収金額では、
端数整理や医療機関の再計算
などで金額が一致しない場合
があります。

支給額	被保険者負担額	限度額	支給額
-----	---------	-----	-----

[illegible]

上記のとおり申請いたします。 年 月 日

住所

申請者氏名 (世帯主) _____ 個人番号 _____

電話番号

受取 ☐ 公金受取口座を利用する（下欄の口座情報の記入不要）。

振込口座を指定する（下欄の口座情報を記入）。

振込	銀行 信用金庫 農協 信用組合	支店 支所 出張所	種目	口座名義人	
			1. 普通（総合） 2. 当座	フリガナ	
			口座番号	氏名	

※世帯主と口座名義人が違う場合は、この欄に署名をしてください。
上記名義人口座への振込を了承します。 世帯主氏名

どちらかにチェックの上、「振込口座を指定する」を選んだ場合は必ず口座情報を記入してください。
公金受取口座を利用する場合のみ、口座情報の記入は不要です。

世帯主ではなく、別の世帯員名義の口座への振込を希望する場合は、必ず世帯主がここに署名してくだ