

## 国民健康保険 高額療養費 支給申請書

枚中 枚目

被保険者記号・番号	申請者（世帯主）氏名	診療年月	課税区分	所得区分	
小樽 123456	小樽 太郎	令和 ○ 年 ○ 月			
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	医療機関等名	入外	日数	総医療費
	個人番号	医療機関等所在地			被保険者負担額
		傷病名			

※※記入不要※※

当市から送付しております  
「国民健康保険高額療養費の支給申請について」  
又は 医療機関の領収済印が押された領収証  
のいずれかの写しを添付してください。

限度額	支給額
円	円

上記のとおり申請します。

小樽市長 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日  
迫 俊哉 様

住所 小樽市花園2丁目12番1号

申請者（世帯主） 個人番号 \*\*\*\* \* 電話番号 \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*  
氏名 小樽 太郎

受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 <input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。				
振込	コード	名称	フリガナ	オタル ハナコ	
	金融機関	○○銀行	口座名義人	小樽 花子	
	支店	○○支店	口座番号	* * * * *	
口座種別	普通				

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名 小樽 太郎  
(申請者)  
代理人住所 小樽市花園2丁目12番1号  
代理人氏名 小樽 花子 個人番号 \*\*\*\* \* 電話番号 \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*

小樽