様式第１２号（第８条の２関係）

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		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 個人番号	医療機関等名 医療機関等所在地	入外	日数	総医療費 被保険者負担額
	傷病名				

	限度額	支給額
	円	円

小樽市長　　令和　　年　　月　　日

上記のとおり申請します。　　迫　俊哉　様

住所

申請者（世帯主）　　個人番号

氏名　　電話番号

受取口座	□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。 □振込口座を指定する。

振込		コード	名称	ﾌﾘｶﾞﾅ 口座名義人	
	金融機関				
	支店			口座番号	
	口座種別				

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。

印

世帯主氏名（申請者）

代理人住所

代理人氏名　　個人番号