

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	
青国				年 月					
交通事故等の第三者行為			有 ・ 無						
請求年月	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		医療機関所在地				被保険者負担額	
		傷病名							
貸付額		支給済額		被保険者負担額		限度額		支給額	
円		円		円		円		円	

青森市長

上記のとおり申請します。

あて

年 月 日

住所

申請者（世帯主）

個人番号

氏名

電話番号

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 type="checkbox"/> 振込口座を指定する。							
	金融機関コード		支店コード		種目		口座名義人	
振込	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店名		1. 普通（総合） 2. 当座		フリガナ	
					口座番号		氏名	
							

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

年 月 日

国民健康保険給付費に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名

（申請者）

代理人住所

代理人氏名

個人番号

印

記入例

太枠内にご記入ください

「振込口座を指定する」を選択する場合は、振込口座の情報を記入してください。

世帯主以外の口座への振込を希望する場合は、委任状に記入・押印が必要です。

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を

委任状

国民健康保険給付費に関する受領を下記の代理人に委任します

世帯主氏名 (申請者) 国保 太郎

代理人住所 **青森市新町1丁目3-7**

代理人氏名 **国保 花子** 個人番号 **0123 4567 8901**

国保