

## 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		
123-4567	豊田 太郎	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	医療機関等所在地			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		円

令和〇年〇月〇日

上記のとおり申請します。

豊田市長 様

住所 豊田市西町3丁目60番地

申請者（世帯主）

個人番号 123456789012氏名 豊田 太郎電話番号 〇〇-〇〇〇〇

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	金融機関コード	〇〇〇〇	支店コード	〇〇〇	種目	口座名義人	
	金融機関名	〇〇	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	〇〇〇〇	1. 普通（総合） 2. 当座	フリガナ	トヨタ タロウ
					口座番号	氏名	豊田 太郎
					0 1 2 3 4 5 6		

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 \_\_\_\_\_  
(申請者)代理人住所 \_\_\_\_\_  
代理人氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_