

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

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	
ながさき・				令和 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		被保険者負担額計		限度額		支給額	
円		円		円		円		円	

上記のとおり申請します。 長崎市長 殿  
令和 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。								
	1:現金	金融機関コード		支店コード		種目		口座名義人	
2:振込	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店名	本店 支店 出張所	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 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 (申請者) \_\_\_\_\_

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_