

高額療養費支給申請書

被保険者記号・番号		診療年月 令和 年 月			多数該当月		
被保険者氏名	性別	生年月日	実日数	医療費	自己負担額	退職 入外	個人番号 備考
医療機関名							
自己負担合計額		円	自己負担限度額		円	支給申請額	円

第三者の行為による受傷である。	はい・いいえ
美祿市長 様 上記の通り申請します。 令和 年 月 日	
申請者(世帯主)	〒 _____
	住所 _____ (フリガナ) (※1)
	氏名 _____
	電話 _____ 個人番号 _____

支払方法	振 込 先	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店 農協 出張所			
前と同じ 口座設定		口座種別	普通・当座	口座番号		
はい・いいえ		口座名義人	(フリガナ) _____			

委任状	本申請に基づく給付金の受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 申請者(世帯主) 氏名 _____ 印 _____ _____ (フリガナ) 代理人 氏名 _____ 印 _____ _____ 電話 _____
-----	--

※1 本人が手書きをしない場合は、**記名押印**してください。
 ※2 給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。