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	個人番号
医療機関名						入外	備　考
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

美祢市長 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				
前と同じ口座設定 はい・いいえ	振込先	金融機関名	銀行 金庫 農協　本店 支店 出張所	
		口座種別	普通　・　当座	口座番号
		口座名義人	(フリガナ)	

委任状 ※2

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

住所

代理人

(フリガナ)

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。