

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	
交通事故等の第三者行為		有		無					
年齢区分	療養を受けた 被保険者氏名	生年月日		医療機関等名		第三者 行為	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							
充当額		支給済額		被保険者負担額		限度額		支給額	
円		円		円		円		円	

岡山市長様

年 月 日

上記のとおり申請します。

住所 _____

申請者(世帯主)
氏名 _____

個人番号 _____
電話番号 _____

受取 口座	<公金受取口座を利用する場合は□を、利用しない場合は下記に口座を記入してください。>							
	マイナポータル等で <input type="checkbox"/> 申請者(世帯主)の公金受取口座を利用します。 事前登録した <input type="checkbox"/> 受取代理人の公金受取口座(個人番号:)を利用します。							
※ 受取代理人の公金受取口座を利用する場合、岡山市に住民票のない方は個人番号を記入してください。								
金融機関 コード		支 店 コード		種目		口座名義人		
						フリガナ		
金融 機関名		支店名		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等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主住所 _____

世帯主氏名 _____ (署名または記名押印)
(申請者)

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____

確認欄	税状況 [現III・現II・現I・一定以上所得者・一般・低II・低I] ア・イ・ウ・エ・オ				受付場所			
	多数該当 [無・有] 世帯合算 [無・有]				職員名			

確認方法: 免許証 · 資格確認書 · 番号カード · 旅券 ()