

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）		個人番号 _____		
氏名 _____		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 事前登録した { <input type="checkbox"/> 申請者（世帯主）の公金受取口座を利用します。 <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	
	金融機関名		支店名		フリガナ		
					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)				
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 } 多数該当 [無 ・ 有]	世帯合算 [無 ・ 有]	受付場所	
			職員名	

確認方法： 免許証 ・ 資格確認書 ・ 番号カード ・ 旅券 ()