

世帯主の氏名、
資格確認書の番号
診療年月
を記入する

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

被保険者記号・番号 000-00000		申請者（世帯主）氏名 甲府 太郎		診療年月 R8.1	課税区分	所得区分
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 個人番号	医療機関等名 医療機関等所在地	入外	日数	総医療費 被保険者負担額
	甲府 太郎	S30.1.1	市立甲府病院			
	甲府 花子	S30.2.2	市立甲府病院			
		傷病名				
		受診者の氏名 受信者の生年月日 受診した医療機関 を記入する				
		世帯主の住所、氏名、 個人番号（マイナンバー） 電話番号を記入する				
貸付額	支給済額	被保険者負	電話番号を記入する		支給額	

甲府市長 R8年 1月 1日

上記のとおり申請します。

住所 〒400-8585 甲府市丸の内1-18-1

申請者（世帯主） 個人番号 0000-0000-0000

氏名 甲府 太郎 電話番号 055-237-5371

受取口座

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。
 振込口座を指定する。

1: 現金	金融機関コード	〇〇〇〇	支店コード	〇〇〇	種目	口座名義人	
2: 振込	金融機関名	〇〇	支店名	〇〇支店	普通	フリガナ	コウフ タウ
					口座番号	氏名	甲府 太郎
					0 0 0 0 0 0 0 0		

振込口座を指定する。
にチェックする

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。

世帯主の口座情報を記入する

世帯主氏名 _____ (印)

(申請者)

代理人住所 _____

代理人氏名 _____ 個人番号 _____