

# 国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証の 記号・番号	06-	令和	年	月	診療分
個人番号(マイナンバー)					
療養を受けた者の 氏名・生年月日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生
一般・退職被保険者等の別	一般 退職(本人・被扶養者)	一般 退職(本人・被扶養者)	一般 退職(本人・被扶養者)	一般 退職(本人・被扶養者)	一般 退職(本人・被扶養者)
主たる傷病名					
療養を受けた病院・ 診療所・薬局等の 名称及び所在地					
病院等で診療を受 けた期間	令和 年 月 日～	令和 年 月 日～	令和 年 月 日～	令和 年 月 日～	令和 年 月 日～
	令和 年 月 日～ ( 日間)	令和 年 月 日～ ( 日間)	令和 年 月 日～ ( 日間)	令和 年 月 日～ ( 日間)	令和 年 月 日～ ( 日間)
療養に対し病院等 で支払った額	円	円	円	円	円
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: right;">木更津市長 様</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住所 木更津市</p> <p style="text-align: center;">個人番号</p> <p style="text-align: center;">ふりがな</p> <p style="text-align: center;">氏 名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">電話番号 ( )</p> <p style="text-align: center;">病院・薬局等への支払い <span style="float: right;">済・未</span></p>					

受 領 口 座	
金融機関名称	銀行・信用金庫 農協・信用組合 支店・支所
口座番号	普通
フリガナ	
口座名義人	
高額療養費の受領について下記の者を代理人と定め受領に関する一切の権限を委任します。	
令和 年 月 日	
世帯主名 <span style="float: right;">印</span>	
代理人 住所	
氏名	