

国民健康保険高額療養費支給申請書

記入例

被保険者証の 記号・番号	06-0012345		令和〇〇年〇〇月診療分
個人番号(マイナンバー)	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇	
療養を受けた者の 氏名・生年月日	木更津 太郎	木更津 花子	
	〇〇年〇月〇日生	〇〇年〇月〇日生	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)
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	<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; display: inline-block;"> <p>※太枠内を記入してください</p> </div>	
	日～ 日間)		
療養に対し病院等 で支払った額	円	円	円

上記のとおり申請します。 木更津市長 様

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

世帯主 住 所 **木更津市富士見一丁目2番1号**

個人番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇

ふりがな **きさらづ たろう**

氏 名 **木更津 太郎** 印

電話番号 **0438 (23) 7111**

支払が完了していれば済、
未払いがあれば未
どちらかに○をしてください。

病院・薬局等への支払い 済 ・ 未

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 印

代理人 住所

氏名

※世帯主名義の口座をご記入ください。
世帯主以外の口座の場合は右の委任
欄もご記入お願いします。