国民健康保険高額療養費支給申請書

令和 年 月 分の高額療養費を下記のとおり申請します

(宛先) 上越市長		令和 年 月 日		
申請者 (世帯主)				
被保険者記号・番号	上越			
〒				
住所				
世帯主氏名		電話番号	- -	
個人番号 (マイナンバー)				
第三者行為(交通事故等)の有無	有 ・ 無			
療養を受けた被保険者氏名	生年月日	個人番号 (上記と同じ場合は記入不要)		
	S. H. R . . .			
	S. H. R . . .			
	S. H. R . . .			
☐ 公金受取口座を利用する。 ※公金受取口座を登録している方に限ります。				
公金受取口座の口座名義人の個人番号				
※公金受取口座への振込みを希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の口座情報欄の記入は必要ありません。ただし、双方に記入があった場合には、以下の金融機関の口座への振込みを優先します。				
振込口座	金融機関名	支店名	口座種別	口座番号
	銀行 信用金庫 信用組合 労働金庫 農協		本店 支店 営業部 出張所	普通 当座
口座名義人 (カナ) ※				
※原則世帯主口座へ振込みます。世帯主以外の口座に振り込む場合は下記委任状をご記入ください。				
委任状				
支給される高額療養費の受領を下記の者に委任します。				
令和 年 月 日				
受任者 (口座名義人)	〒			
	住所			
	氏名	電話番号	-	-
委任者 (世帯主)	氏名			

医療機関での支払いはお済みですか? (○をつけてください) はい ・ いいえ