窓口本人確認欄	1点確認写真有：マイナンバーカード・運転免許証・（　　）
	2点確認写真無：（　　）（　　）

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
		令和　年　月		

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	医療機関名 / 医療機関等所在地	入外	日数	総医療費 / 被保険者負担額
		傷病名				
						円
			診療報酬明細書のとおり			円
		＊				
						円
			診療報酬明細書のとおり			円
		＊				
						円
			診療報酬明細書のとおり			円
		＊				
						円
			診療報酬明細書のとおり			円
		＊				
						円
			診療報酬明細書のとおり			円
		＊				
						円
			診療報酬明細書のとおり			円
		＊				

貸付額	支給済額	被保険者負担額	限度額	支給額
円	円	円	円	円

兵庫県宍粟市長　様

年　月　日

上記のとおり申請いたします。

住所

申請者(世帯主)氏名

個人番号

電話番号

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 2:振込	金融機関コード		支店コード		種目	口座名義人
					1．普通(総合)2．当座	ﾌﾘｶﾞﾅ
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	支店名	本店 本所 支店	口座番号	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。

世帯主氏名（申請者）　㊞

代理人住所

代理人氏名　　個人番号