様式第15号（第22条関係）

国民健康保険　高額療養費　支給申請書

枚中　　枚目

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
ぶんご国		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
		傷病名				

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

豊後大野市長
様

年　月　日

上記のとおり申請します。

申請者（世帯主）
住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
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 / 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 / 協同組合	支店名		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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿