第４号様式（第５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
		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

会津若松市長あて

年　月　日

上記のとおり申請します。

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 1.普通(総合)　2.当座	口座名義人 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	

今後、本申請書の内容を基に支給します。
ただし、審査等により総医療費額に変更があった場合は、支給額が減額になることがあります。

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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿