

様式第7号の1 (第8条関係)

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者 記号番号	島 93	(枝番)	診療月	年 月 診療分
--------------	------	------	-----	---------

療養を受けた者	氏名	①	②
	個人番号		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
療養を受けた医療機関等	名称		
	所在地		
傷病名または受診科名			
区別		入院 ・ 外来	入院 ・ 外来
第三者行為 (交通事故など)		有 ・ 無	有 ・ 無
振込口座		<input type="checkbox"/> 公金振込口座を利用する (口座情報の記入不要)	
		<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する	
振込指定金融機関	金融機関名	銀行 信金 農協	労金 信組
	普通		(フリガナ) 口座名義人 ()
※ 振込指定金融機関は、世帯主のものとする。こと。			

高額療養費の支給について上記のとおり申請します。

年 月 日 日 時

住所

世帯主 氏名

電話番号 — —

伊達市長 個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※死亡者の個人番号の記載は不要であり、記載がなくても有効な申請となります。
 ※世帯主が死亡した場合は裏面の「申立及び誓約書」記入が必要
 ※やむを得ず世帯主以外の口座に振込む場合は裏面「委任状」記入が必要

受付担当者記入欄	
窓口受付 担当者印	窓口に来られた方
	世帯主・同一世帯員 それ以外の方 (要委任状)
	確認書類
	マイナンバーカード・免許証 その他 ()

