国民健康保険高額療養費支給申請書

受付

（　　年　　月 診療分）

第三者行為　　有 ・ 無

被保険者証記号番号	み石　　A

受診者氏名	医療機関名	受診回数	入外区分	医療費総額	給付割合	一部負担額
前1年間に高額療養費に該当した月	1　2　3　4　5　6　7　8　9　10　11　12					

石 巻 市 長　　殿

上記のとおり高額療養費の支給を申請します。

年　　月　　日

捨印

（世帯主）申請者	住所			
	氏名	㊞	電話	
	個人番号			

受診者氏名・個人番号														

振込希望の銀行名	銀 行・組 合 金 庫・農 協　　支店・本店	口座の種類	普通預金　・　当座預金
口座番号		フリガナ	
		口座名義人	

委 任 状

高額療養費の受任を委任します。　　年　　月　　日

委任者（世帯主）　住所

氏名　　㊞

受任者（口座名義人）　住所

氏名　　㊞　　続柄

受付者	番号確認者

領 収 書 確 認 欄		
確認者		未確認