

国民健康保険高額療養費支給申請書（令和 年 月 診療分）

被保険者記号・番号		山 8 -			
療養を受けた被保険者氏名		入外	公費	医 療 機 関 名	受 診 日 数
個人番号					
個人番号					
個人番号					
個人番号					
第三者行為 有・無	多数該当・世帯合算	税区分	ア・イ・ウ・エ・オ	現役	・一般・低Ⅱ・低Ⅰ

上記のとおり医療機関へ支払いましたので申請します。

（あて先）岩国市

令和 年 月 日

世帯主	住 所											
	氏 名											電話番号
	個人番号											

支払金額は下記の口座に振り込んでください。

振込先	金融機関名		金融機関支店名	種 別	口 座 番 号
		1 銀行 2 信用金庫 3 信用組合 4 農 協	支 店 支 所	普 通 ・ 当 座	
口座名義人（カタカナで記入）					

委任状（世帯主以外の方が受け取る場合は必ず記入して下さい。）

令和 年 月 日

私は 住所
氏名

に高額療養費の受領に関する権限を委任します。

世帯主 住所
氏名

本申請書に記入した事項に関しては、岩国市のOA機器に登録することを承諾いたします。

注意）世帯主の死亡により、相続人代表者が申請する場合、申立書が必要です。