

国民健康保険高額療養費支給申請書

始良市長 殿

年 月 日

下記のとおり、高額療養費の支給申請をします。

被保険者 記号・番号	始国 ・	個人番号	
世帯主氏名		生年月日	年 月 日
住 所			
電 話 番 号	() -	交通事故等の第三者行為	有 ・ 無

振 込 先 口 座					
金融機関	<input type="checkbox"/> 鹿児島銀行	<input type="checkbox"/> 鹿児島信用金庫	支 店 支所等		<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 出張所
	<input type="checkbox"/> 南日本銀行	<input type="checkbox"/> 鹿児島興業信用組合			
	<input type="checkbox"/> あいら農業協同組合	<input type="checkbox"/> 鹿児島相互信用金庫			
	<input type="checkbox"/> ゆうちょ銀行	<input type="checkbox"/> ()			
預金種目	普通 ・ 貯蓄	フリガナ			
口座番号		預金名義人			

※世帯主と預金名義人が違う場合、委任状が必要です。