様式第20号

国民健康保険 高額療養費 支給申請書

被保険者記号・番号	世帯主氏名	診療年月	課税区分	所得区分

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	医療機関名	入外	日数	総医療費 患者負担額

委任払額	支給済額	被保険者負担額	限度額	支給額
円	円	円	円	円

年　　月　　日

上記のとおり申請いたします。
なお、上記の医療機関等への患者負担（窓口支払額）について、支払をしたことに間違いありません。未払等や高額療養費に公費負担医療制度で助成を受けた額が含まれている場合には、保険者からの返還請求に応じます。

住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

申請者氏名（世帯主） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

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）
□　振込口座を指定する　　□　前回の申請と同じ口座を希望する

			種目	口座名義人	
1:現金 2:振込	銀行 信用金庫 農協	支店 （　　）	1. 普通(総合)　2. 当座 口座番号	カタカナ	

代理権の確認	身元確認(世帯主又は代理人)		番号確認
□本人の被保険者証等 □委任状 □登記事項証明書 □システム(同一世帯確認) □その他(　　)	1点	□個人番号カード　□運転免許証　□障害者手帳 □職員面識(担当者:　　) □その他(　　) No.(　　)	□個人番号カード □通知カード □システム □その他
	2点	□健康保険証　□介護保険証　□預金通帳・キャッシュカード □診察券　□年金手帳・証書　□その他(　　) No.(　　)	