

記入例
(オレンジ色の紙)

健康保険高額療養費支給申請書

令和 ○年 ○月 ○日

〒998-8540

住 所 酒田市本町二丁目2番45号

世帯主

氏 名 酒田 太郎

個人番号 (マイナンバー) ○○○○ ○○○○ ○○○○

電

記入する面の裏面中央にある
「必要なもの」の①に記載されて

記入する面の裏面右上にある
「記号・番号」に記載されています。

診療を受けた月

令和 ○年 ○月診療分

被保険者記号・番号

0 0 - 1 2 3 4 5 6 7 8

診療を受けた方

氏名①

酒田 太郎

生年月日

個人番号

氏名②

酒田 花子

生年月日

個人番号

生年月日と
個人番号 (マイナンバー)
を記入してください。
※わからなければ空欄で構いません。

診療を受けた医療機関 (○をつけてください)

診療を受けた医療機関に○をつけるか、「その他」に記入してください。
書ききれない場合は省略して構いません。

交通事故など、第三者から被害を受けて診療した
場合は「有」に○をつけてください。

第 三 者 行 為

有

・

無

受取方法 ※振込・受取は申請した月の翌月末以降になります

1. 口座振込

原則、世帯主の口座を指定してくださ

酒田

銀行・農協・金庫

酒田

支店

支所

(1. 普通 2. 当座)

店番 1 2 3

口座番号 1 2 3 4 5 6 7

口座名義人
(カタカナで記入)

サカタ ハナコ

世帯主以外の口座を指定した場合は、委任
欄に世帯主名を記入・押印してください。

場合、記入してくださ

委任者 (世帯主)

酒田 太郎

印