

様式第23号(第30条関係)

国民健康保険高額療養費支給申請書

年 月 日

酒田市長 宛

世帯主 住所

氏 名
個人番号
電話番号

国民健康保険の高額療養費の支給を受けたいので申請します。
なお、高額療養費支給額算定のため、私及び私の世帯員に係る収入、課税状況等に関し、市税務課等に照会することについて同意します。

診療を受けた月	被保険者記号・番号
年 月 診療分	

診療を受けた方		
氏名①	生 年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号	
氏名②	生 年 月 日	年 月 日
	個 人 番 号	

診療を受けた医療機関(○をつけてください。)		
・	・	・
・	・	・
・その他 ()	第三者行為	有 ・ 無

受取方法		
1 口座振込	2 窓口払	受取窓口：ア 市役所 イ 八幡総合支所 ウ 松山総合支所 エ 平田総合支所
受取希望日： 年 月 日		

振込口座	
銀行・農協・金庫	支店 支所 (1 普通 2 当座)
店番	口座名義人
口座番号	(カタカナで記入)
(7桁)	

委任欄 ※世帯主と口座名義人が異なる場合、記入してください。	
高額療養費の受領を上記口座名義人に委任します。	
委任者(世帯主)	印