記入例【世帯主以外の口座へ振り込みを希望する場合】

※フリクション（消えるペン）での記入は受付できません。

国民健康保険高額療養費支給申請書

被保険者証記号番号	吹国　●●●●	診療年月	令和 ●年 ●月
第三者行為（交通事故等）	有　・　無	支給通知年月日	令和●年●月●日
受診者氏名 生年月日・性別	医療機関等 個人番号		総医療費

1

交通事故などの第三者行為による診療がある場合、別途、傷病届の提出が必要となり、支給の対象ではなくなる場合がありますので、必ずお申し出ください。

≪世帯員全員が70歳以上の世帯のみ、文章の印字があります≫
今後、高額療養費の支給が発生した場合、申請書に記入した振込先への自動振込を希望される方は、チェックを記入してください。次回以降、申請書を提出しなくても自動で口座振込となります。

振込先欄について
- 希望の振込先口座を記入してください。
（直近で使用した振込先口座が印字されている場合があります。印字している口座を変更したい場合、訂正印で訂正してください。修正テープでの修正は受付できません。）
- 世帯主以外の口座を希望する場合は、⑤の委任状欄にも記入してください。

内訳	支給対象額				
振込先	金融機関	● ● ●	銀行・信金・信組・農協	● ●	本店・支店・出張所
	預金種別	普通・当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
	口座名義（カタカナ）	スイタ　ハナコ			

2

捨印 吹田

3 ☑今後、高額療養費に該当した場合、この申請書の内容を基に支給してください。
（世帯構成の変更などにより要件を満たさなくなった場合を除く。

個人番号は、マイナンバーです。
＜わからないときは、記入不要です＞

吹田市長あて
上記のとおり申請します。　令和 ● 年 ● 月 ● 日

4

住所　吹田市泉町１丁目３－４０
申請者　氏名（世帯主）　吹田　太郎　㊞ 吹田
電話番号　０６-１２３４-５６７８
個人番号：

5

世帯主以外の口座へ振込を希望する場合は、記入してください。

委　任　状

吹田市国民健康保険高額療養費の受領に関する一切の権限を　吹田　花子　に委任します。
令和 ● 年 ●月 ●日

申請者　住 吹田市泉町1丁目3－40
氏名　吹田　太郎　㊞ 吹田
申請者からみた受取人の続柄　妻

- 日付は申請日を記入してください。
- 申請者は、必ず世帯主名で記入、押印してください。
- 印鑑は２か所（捨印含む）を朱肉印で鮮明に押印してください。