

国民健康保険 高額

受診者のマイナンバーを記入してください。亡くなられた場合は不要です。

被保険者証番号						月 診療分
No.	療養を受けた被保険者氏名	生年月日	医療機関等	所在地	傷病名	受診者の個人番号 (マイナンバー)
	総医療費	入院・外来				
①		S R H : : :				日間
②		S R H : : :				日間
③		S R H : : :				日間

ゆうちょ銀行を希望される方は下の(2)※印をご覧ください。

預金種別を○でご記入ください。

口座名義どおりにカタカナで記入してください。

振込先金融機関		銀行コード	支店コード	預金種別	口座名義人 (カタカナで記入)	口座番号 (右詰めで記入)
				① 普通 ② 当座 ③ 貯蓄		

世帯主名義の口座情報を記入してください。それ以外の方の口座に振り込む場合は委任状が必要です。

申請する診療年月を記入してください。

申請書記入欄

世帯主名義の口座情報を記入してください。それ以外の方の口座に振り込む場合は委任状が必要です。

申請する診療年月を記入してください。

世帯主の住所・氏名を記入してください。

住所 神戸市 区

氏名

電話 ( ) -

確約書ご記入の場合は申立人の住所・氏名を、成年後見人等による申請の場合は成年後見人等の住所・氏名をご記入ください。

4	5	6	7	8	9	10	11	12	整理番号

起案日:	決裁日:	課長	係長	係
公開の状況: 非公開 (神戸市情報公開条例第10条第1号) に該当	分類 17・04・02・03	保存5年		
国民健康保険法第57条の2に基づき、支給決定してよろしいか。				

- 「申請者記入欄」内の必須項目をご記入ください。ご記入は黒のボールペンでお願いします。

  - ※「消せるボールペン」は使用しないでください。
  - ※世帯主死亡により相続人が申請する場合は、振込先と世帯主欄は相続人氏名等を記入してください。また、「受領委任状(確約書)」の記入と、相続関係がわかる添付書類及び本人確認書類の提出が必要です。
  - ※成年後見人が世帯主に代わって申請される場合は、登記事項証明書(概ね3ヶ月以内)あるいは家庭裁判所の審判書及び本人確認書類の添付が必要です。
- 振込先金融機関は世帯主名義の口座情報を記入してください。

  - ※ゆうちょ銀行を希望される場合で支店・口座番号がわからない方は、通帳見開き下部の支店・口座番号を記入してください。銀行コードは記入不要です。
  - ※世帯主名義以外の口座に振り込みを希望される場合には、「委任状」が必要です。
- 個人番号欄にはマイナンバーを記入してください。
- 訂正箇所は二重線で消して、訂正してください。修正テープなどは使用しないでください。
- 資格証明書を交付されている方は郵送申請することができません。詳細はホームページをご覧ください。