

請 求 書（兼口座振込依頼書）

請 求 金 額 円

1. 高額療養費 2. 高額介護合算療養費	療養の受給者名	※ 1 ()										
	療養の受給年月	令和 年 月 診療分（整理番号 ）										
3. 療養費 4. 移送費 5. 特別療養費 6. その他 ()	療養の受給者名	※ 1 ()										
	備 考											
7. 出産育児一時金	出 産 者	氏 名										
		個人番号										
	出生児氏名 ※ 2									※ 1 ()		
	出生年月日	令和 年 月 日										
8. 葬祭費	死 亡 者	氏 名										
		個人番号										
	請求者との続柄									※ 1 ()		
	死亡年月日	令和 年 月 日										

※ 1 被保険者番号（枝番）
※ 2 死産・流産・人工妊娠中絶の場合は、記載は不要です。

上記保険給付金を請求します。
なお、私への支払いは下記の口座へ振込みをするよう依頼します。


下の□のどちらかに✓を記入してください

☐ 世帯主の公金受取口座を利用します

※ 利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。
公金受取口座を利用するためにはマイナポータルから登録が必要です。

☐ 下記の口座への振込みを希望します

※ 下の欄に振込みを希望する口座情報を記入してください。



金融機関コード	金融機関コード		支店コード
金融機関名	銀行・信金・労金		支店
	信組・農協・漁協		支所
口座番号	普通・当座	No.	
フリガナ			
口座名義人			

令和 年 月 日
ひたちなか市長 殿

住所
世帯主 氏名
(請求者) 電話番号 ()

個人番号															
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ただし、国保税に未納がある方は、現金支給となる場合があります。