

様式第26号（第39条関係）

請求書（兼口座振込依頼書）

請求金額 円

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

※被保険者証の番号

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。

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	
	信組・農協・漁協	
口座番号	普通・当座	No.
フリガナ		
口座名義人		

年 月 日

ひたちなか市長 殿

住所

世帯主 氏名 印

（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。