

該当箇所に○を付け、必要事項をご記入してください。

※個人番号（マイナンバー）

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

※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 1234	支店コード 123
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.123456789
フリガナ	コクホ タロウ	
口座名義人	国保 太郎	

年 月 日

ひたちなか市長 殿

口座情報をご記入して下さい。

住所 ひたちなか市東石川2丁目10番1号

世帯主の住所、氏名、電話番号、個人番号（マイナンバー）を記入し、捺印してください。

世帯主 氏名 国保 太郎 印
(請求者) 電話番号 029-273-0111

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。