

請求書（兼口座振込依頼書）

該当箇所に○を付け、必要事項を記入してください

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	年 月 診療分（整理番号）										
3. 療養費 4. 移送費	療養の受給者名	※1										
	備考											
5. 特別療養費 6. その他（ ）												
	出産者	氏名										
		個人番号										
出生児氏名※2	※1											
7. 出産育児一時金	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	※1										
	死亡年月日	令和 年 月 日										

※1 被保険者番号


※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。  
 詳しくはQRコードをご確認ください。



**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	0 1 2 3	支店コード	4 5 6
金融機関名	<input checked="" type="radio"/> 銀行・信金・労金 <input type="radio"/> 信組・農協・漁協		支店	支所
口座番号	<input checked="" type="radio"/> 普通・当座	No.	1 2 3 4 5 6 7	
フリガナ	ヒタチナカ タロウ			
口座名義人	ひたちなか 太郎			

令和 年 月 日

ひたちなか市長 殿

住所 ひたちなか市東石川2-10-1

世帯主 氏名 ひたちなか 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。