

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	※										
	療養の受給年月	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	※										
	備 考											
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。

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	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		

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。