

国民健康保険高額療養費支給申請書

筑後市長殿 (年 月 診療分)

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----|---|-------------------|--|---------------|--|-------|---------|-----|---|---|
| 被保険者証の記号番号 | | | 申請年月日 | | | 年 | 月 | 日 | | | | |
| 記号 | 12 | 番号 | 住所 筑後市大字 | | | | | | | | | |
| 次のとおり申請します。 | | | 個人番号 () | | | | | | | | | |
| | | | 世帯主名 ① | | | | | | | | | |
| 療養を受けた者の | | | 氏名 | | | 男・女 | 男・女 | | | | | |
| | | | 生年月日 | | | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | |
| 療養を受けた 病院診療所等 | | | 個人番号 | | | | | | | | | |
| | | | 名称 | | | 所在地 | | | | | | |
| 療養期間 | | | 年 月 日から | | | 年 月 日から | | | 年 月 日から | | | |
| 病院等で支払った金額 入院・外来別 | | | 円 | | | 円 | | | 円 | | | |
| | | | 入院・外来 歯科・調剤 | | | 円 | | | 円 | | | |
| 療養を受けた者の | | | 氏名 | | | 男・女 | 男・女 | | | 男・女 | | |
| | | | 生年月日 | | | 年 | 月 | 日 | 年 | 月 | 日 | 年 |
| 療養を受けた 病院診療所等 | | | 個人番号 | | | | | | | | | |
| | | | 名称 | | | 所在地 | | | | | | |
| 療養期間 | | | 年 月 日から | | | 年 月 日から | | | 年 月 日から | | | |
| 病院等で支払った金額 入院・外来別 | | | 円 | | | 円 | | | 円 | | | |
| | | | 入院・外来 歯科・調剤 | | | 円 | | | 円 | | | |
| 交通事故等の第三者行為 | | | 有・無 | | | 有の場合、届出状況を要確認 | | | | | | |
| 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費(前期高齢者の外来分のみの支給は除く)の支給を3回以上受けた場合、直近の月から記入してください。 | | | | | | | | 保 険 税 | | | | |
| 年 月 診療分 | | | 年 月 診療分 | | | 年 月 診療分 | | | 完納・未納 | | | |
| 振 込 先 | | | 金融機関名 | | | 口座番号 | | | | | | |
| | | | 支店名 | | | 口座名義(カカナ) | | | | | | |
| 受付 | 課 税 状 況 | | | 備 考 | | | 本 人 確 認 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 非課税世帯(低I・低II) <input type="checkbox"/> 一般世帯(3回未満・以上) <input type="checkbox"/> 上位世帯(現I・現II・現III) (3回未満・以上) | | | 届出者: 委任状等(有・無) | | | 個人番号カード 運転免許証 パスポート 住基カード(写真) その他() | | | | | |

(計 円)