春日市国民健康保険高額療養費支給申請書（兼請求書）

診療年月	年　　月	被保険者記号番号	カ							
氏名	1.	2.	3.							
個人番号（マイナンバー）										
	□ 前回確認済	□ 前回確認済	□ 前回確認済							
生年月日	年　月　日	年　月　日	年　月　日							
病院の名称・所在地・傷病名・療養期間・支払額	別紙のとおり									

振込先	公金受取口座	□利用する（⇒口座名義人を指定してください。）	□利用しない（⇒振込先を指定してください。）										
	口座名義人（カタカナ）※												
	※口座名義人はカタカナで上段より左づめで記入してください。濁点、半濁点は1文字とし、姓と名の間は1文字あけてください。												
	個人番号												
	※公金受取口座を利用しない場合は以下も記入してください。												
	金融機関名	銀行 協同組合	本店(所) 支店(所)	預金種別	□ 普通 □ 当座								
	口座番号							金融機関コード			支店コード		

あて先　春日市長　　上記のとおり申請（請求）します。（受領を上記名義人に委任します。）
（療養費の支給要件を満たす場合、療養費の支給も併せて申請します。）

年　　月　　日

世帯主
（相続人代表者）

住所

氏名

個人番号【　　】　□ 前回確認済

電話番号（　　）　　－

※申請者が世帯主でない場合は以下もご記入ください。

代理人
（届出来庁者）

住所　　同上　・

氏名　　続柄［　　］

以下職員記入欄

前期入外区分	入院　・　外来	申告	有・無	相続人代表者指定届	□ 有　□ 無　□ 不要	
所得区分	70歳～74歳	69歳以下		交通事故等の第三者行為	□有 □無	□ 本人確認済
	□一定以上　□一般	□ ア		貸付額	円	
	□現役並みⅢ　□低所得Ⅱ	□ イ				
	□現役並みⅡ　□低所得Ⅰ	□ ウ		充当額	円	
	□現役並みⅠ	□ エ				
	□特例対象者（75歳到達月）	□ オ		支給額	円	
該当回数	□ 1～3回目　□ 多数該当					
限度額証の発行（食事代差額）	□ 有　□ 無			受付者	（受付印）	
備考						