

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	力									
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	昭和 平成 令和 年 月 日			昭和 平成 令和 年 月 日				昭和 平成 令和 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 金融機関				☐ 銀行 ☐ 農協				店					
				☐ 座番号 (右詰で記入)									
				☐ 普通預金 ☐ 当座預金	フリガナ								
					名義人								
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 []												
	電話番号() —												

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 ☐ 現役並みⅢ ☐ 低所得Ⅱ ☐ 現役並みⅡ ☐ 低所得Ⅰ ☐ 現役並みⅠ ☐ 特例対象者(75歳到達月)			☐ ア ☐ イ ☐ ウ ☐ エ ☐ オ		貸付額		円	
						充当額		円	
						支給額		円	
	該当回数		☐ 1～3回目 ☐ 多数該当						
備考						受付者		(受付印)	