

阿蘇市国民健康保険高額療養費支給申請書 (月診療分)

被保険者記号・番号		阿蘇											
1 人 目	療養を受けた被保険者	氏名							生年月日	年 月 日			
		個人番号											
	療養を受けた病院等の名称及び所在地	名称											
		所在地											
	傷病名							支払った額	円				
療養期間	年 月 日 から						年 月 日 まで			日間			
2 人 目	療養を受けた被保険者	氏名							生年月日	年 月 日			
		個人番号											
	療養を受けた病院等の名称及び所在地	名称											
		所在地											
	傷病名							支払った額	円				
療養期間	年 月 日 から						年 月 日 まで			日間			
今回申請の診療年月以前の12か月以内に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月													
年 月診療分			年 月診療分				年 月診療分		年 月診療分				
<p>阿蘇市長 様</p> <p>上記のとおり療養に要した費用に関する証拠書類を添えて申請します。</p> <p>振込先の口座名義人が申請者(世帯主)と異なる場合には、下記指定口座への振込をもって阿蘇市からの支払金の受領と認めます。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 氏 名</p> <p>(世帯主)</p> <p>個人番号 <input type="text"/></p>													
金融機関名								支店名					
口座名義人カナ								種別	普通 ・ 当座				
口座番号								右づめ記入					
ゆうちょ銀行	記号							番号	1				

主管課長	課長補佐	係長	担当

第三者行為の有無(有・無)

本人確認	確認書類	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> ()			
	個人番号	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 公簿(閲覧同意 有・無) <input type="checkbox"/> ()			
	代理人	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> ()			
		氏名		連絡先	
	世帯主との関係	<input type="checkbox"/> 同一世帯の家族 <input type="checkbox"/> ()			

限度額区分	70歳未満	ア イ ウ エ オ					
	70歳以上	現Ⅲ	現Ⅱ	現Ⅰ	一般	低Ⅱ	低Ⅰ
国保税滞納	有 ・ 無						