

阿蘇市国民健康保険高額療養費支給申請書 (年 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 住 所</p> <p>申請者 氏 名</p> <p>(世帯主) 個人番号 <input type="text"/></p>													
<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した世帯主の公金受取口座を利用します。 ※公金受取口座へ振込を希望し、上記にチェックを入れた場合は、以下の金融機関情報についての記載は必要ありませんが、記載があった場合には以下の金融機関情報への振込を優先します。													
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)

確認欄	公簿

