

柳井市国保 高額療養費支給申請書(70歳以上)
(令和 年 月診療分)

① 被 保 険 者 記 号 番 号	山 1 2 60 - -	世 帯 主 氏 名		
② 療養を受けた者の 氏名及び生年月日	1. 昭 平 令 年 月 日 生	2. 昭 平 令 年 月 日 生	※整理区分 一 般	
③ 個 人 番 号				
④ 被保険者の区分	一 般 ・ 退 職 (本人・被扶養者) 【 入 院 通 院 】	一 般 ・ 退 職 (本人・被扶養者) 【 入 院 通 院 】	退 職 (本人・被扶)	
⑤ 世帯主との続柄				
⑥ 傷 病 名			課 税 (上 位)	
⑦ 療養を受けた病院 診療所等の名称			(一 般)	
⑧ 病院等で診療を 受けた月の期間	月 日から 月 日まで 日間	月 日から 月 日まで 日間	非 課 税 (Ⅱ) (Ⅰ)	
⑨ ⑧の期間に受けた 診療で支払った額	円	円	多 数 該 当 回	
振込み希望 金融機関名 (世帯主名義の口座 にして下さい。)	銀行 信用金庫 農協	支 店 店 支所	普通 当座	□ 座 名 義 (カタカナで) □ 座 番 号
交通事故等の第三者行為	有 ・ 無	※ 備考		
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 世帯主 住 所 氏 名 個人番号 () 電話番号 () - (宛先) 柳井市長				

※⑧の期間における世帯主 と国保加入者の市民税	課税 【 現役並みⅠ・Ⅱ・Ⅲ ・ 一般 】	非課税 【 Ⅰ ・ Ⅱ 】	未申告
※確認年月日	令和 年 月 日	確認日現在の 保険税の収納状況	済 未
	税確認担当者	印	国保窓口担当者