

柳井市国保 高額療養費支給申請書(70歳未満)

(令和 年 月診療分)

① 被保険者 記号番号	山12 60 - -	世帯主氏名	
② 療養を受けた者の 氏名及び生年月日	1.	2.	※整理区分 一 般 退 職 (本人・被扶) 課 税 ア イ ウ エ 非 課 税 才 多数該当 回
	昭 平 令 年 月 日生	昭 平 令 年 月 日生	
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 】	
⑤ 世帯主との続柄			
⑥ 傷 病 名			
⑦ 療養を受けた病院 診療所等の名称			
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	
⑨ ⑧の期間に受けた 診療で支払った額	円	円	
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	
<p>上記のとおり申請します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">世帯主 住 所 氏 名 個人番号 () 電話番号 () -</p> <p>(宛先) 柳井市長</p>			

※⑧の期間における世帯主 と国保加入者の市民税	課税【 ア イ ウ エ 】	非課税【 才 】	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