

高額療養費支給申請書

【 年 月 診療分 】

被保険者証												
記号	奈13	番号										
療養を受けた被保険者①	氏名									世帯主との続柄		
	個人番号											
	生年月日	年 月 日										
療養を受けた被保険者②	氏名									世帯主との続柄		
	個人番号											
	生年月日	年 月 日										
振込先	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する * 下記口座情報の記入不要。 <ul style="list-style-type: none"> ▪ 振込先に公金受取口座を指定している場合、支給申請後に公金受取口座を変更・登録抹消すると、変更前口座に支給することがあります。 ▪ 公金受取口座を登録していない場合は、マイナーポータルから簡単に登録いただけます。 											
	<input type="checkbox"/> 振込口座を指定する * 下記口座情報の記入をして下さい。											
	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協								本店	支店 出張所	
預金種別	1.普通	2.当座	口座番号									
	3.その他		口座名義人 (カタカナで記入)									
<p>この申請に係る事務に必要な住民税資料の調査に承諾し、別紙必要書類を添えて、上記のとおり申請致します。</p> <p>世帯主以外の者が届け出た場合、本件に関し関係人より意義等申し出があった時は、申請者である届出人の責任において解決することを誓約します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〒 636-</p> <p style="text-align: center;">住所 奈良県生駒郡平群町 _____</p> <p>世帯主氏名 _____ ⑥</p> <p>(届出人)</p> <p>個人番号 _____</p> <p>連絡先 _____ () _____</p> <p>平群町長様</p>												
役場記入欄	療養を受けた人①	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票		療養を受けた人②	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票		世帯主	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票				