

被保険者証番号	筑									年	月	診療分
---------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---	-----

療養を受けた被保険者氏名				療養内容				
1				病院等	名称			
	個人番号				所在地			
	生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	期間	日～日 日間	病院等での支払額
<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養								
2				病院等	名称			
	個人番号				所在地			
	生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	期間	日～日 日間	病院等での支払額
<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養								
3				病院等	名称			
	個人番号				所在地			
	生年月日	年	月	日	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	期間	日～日 日間	病院等での支払額
<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養								

※合算対象となる前期高齢者世帯の医療費総額（自己負担限度額） 円（円）

上記のとおり申請します。
 年 月 日 住所
 世帯主名
 個人番号
 連絡先 - -
 (宛先) 筑紫野市長

公金受取口座（マイナンバーに紐づけた口座）を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）
 公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。

高額療養費口座振込先				市税等への充当	
金融機関名		店名		金_____円を市税等に充当することを了承します。	
預金種別	普通・当座	口座番号		世帯主 _____	
フリガナ				第三者行為等	有・無
口座名義					

※ここより下は記入しないでください。

自己負担額	課税状況	多数非該当	多数該当
高額療養費額	医療費総額		自己負担額 院外 限認
	一部負担金		
	高額貸付金返還額		
	高額療養費支給決定金額		