

| | | | | | | | | | | |
|---------|---|--|--|--|--|--|--|---|---|-----|
| 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 | 個人番号 | | 病院等 | 名称 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | 所在地 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養 | | | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 | 期間 日～ 日 日間 | 病院等での 支払額 | 円 |
| 2 | 個人番号 | | 病院等 | 名称 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | 所在地 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養 | | | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 | 期間 日～ 日 日間 | 病院等での 支払額 | 円 |
| 3 | 個人番号 | | 病院等 | 名称 | | | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | | 所在地 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職扶養 | | | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 | 期間 日～ 日 日間 | 病院等での 支払額 | 円 |

※70歳未満被保険者との世帯合算 有 ・ 無

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

| | | | |
|---|------|--|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 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 | 口座番号 | | |
| フリガナ | | | 世帯主 |
| 口座名義 | | | 第三者行為等 |
| | | | 有 ・ 無 |

※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 | | 個人単位 (外来のみ・A) | 世帯単位 (入院含む・B) | 世帯単位の多数該当 |
|--------|--------------------|--|------------------|---------------|-------------|
| | 課税 | | | | |
| 非課税 | | | | | |
| 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 | | | | |
| | 高額療養費 支給決定金額 | | | | |
| | 合算対象となる 自己負担限度額 | | | | |